

福岡県

福祉サービス第三者評価 受審済証

法人・団体名 社会福祉法人 本城会

事業所名 特別養護老人ホーム もみじ苑

貴事業所は福岡県福祉サービス第三者評価推進機構が認証した評価機関による福祉サービス第三者評価を受審しその結果を公表したことを証します。

- | | |
|------------|----------------------|
| 1 サービス種別 | 特別養護老人ホーム |
| 2 受審年度 | 平成 28 年度 |
| 3 評価機関 | 特定非営利活動法人 北九州シーダブル協会 |
| 4 受審済証有効期間 | 平成 31 年度まで有効 |

平成 28 年 10 月 19 日

福岡県第三者評価事業受託機関

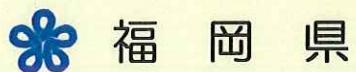
社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会

会長 小川 弘毅



評価結果は第三者評価推進機構ホームページに掲載されています。

ホームページ : <http://www.fsw.or.jp/hyoka/top.html>



福岡県福祉サービス第三者評価結果

添付書類

- 福岡県福祉サービス第三者評価結果 (様式1)
- 共通評価基準及び個別評価基準の評価項目による
第三者評価結果
- 評価結果グラフ

【個別評価項目による評価結果】

A-1 個別サービスの提供

【A-1-(1) 利用者に対する食事の提供】

項目		評価	コメント
46	A-1-(1)-①	a	旬の食材や新鮮な野菜を調理し、利用者の嗜好を聴き取り、週1回セレクトメニューを取り入れる等、食事が楽しく食べられるように支援している。温冷機能付き配膳車を使用し、利用者が温かい物や冷たい料理が美味しい食べられるように取り組んでいる。
47	A-1-(1)-②	a	厨房会議や食事委員会を定期的に開催し、利用者の嗜好を聴き取り、メニューに反映出来る体制を整えている。毎食時に検食を行い、残食のチェックも実施し、会議の中で検討して、メニューの見直しも含めた調理の改善に取り組んでいる。
48	A-1-(1)-③	a	利用者の心身の状態や意向を踏まえた食事提供を行い、医療、介護、栄養士が協力して、食事が楽しい雰囲気の中で行われるように工夫している。また、利用者の状態に合わせ、椅子やテーブル、食器や自助具等で、食べやすいように配慮している。
49	A-1-(1)-④	a	嗜好調査や聞き取りで、利用者の食べたい物（パン、麺類）を提供し、行事の時にはお酒を提供したり、外食に出かける等、利用者の食欲増進に取り組んでいる。また、利用者の希望を優先し、食事時間を変更して、食べたい時に食べれる食事を提供している。

【A-1-(2) 利用者に対する入浴の提供】

50	A-1-(2)-①	a	利用者の希望を聴き取り、健康状態をチェックし、安全に配慮した入浴支援に取り組んでいる。機械浴、一般浴、個浴等利用者の希望に合わせた入浴支援を行っている。利用者の好みの湯温や入浴時間を把握し、楽しい入浴が出来る支援に取り組んでいる。
51	A-1-(2)-②	a	利用者のプライドや羞恥心に配慮した上で、声掛けや誘導に注意している。脱衣時には特に細心の注意を心掛け、傷跡等にはタオルをかけて支援し、利用者が安全に、安心して入浴出来る取り組みを行っている。

【A-1-(3) 利用者の適切な排せつ管理】

52	A-1-(3)-①	a	トイレでの排泄支援を基本とし、利用者の生活習慣や排泄パターンを把握し、排泄の自立支援に取り組んでいる。また、パットやリハビリパンツ、紙おむつの使用方法の研修を受け、利用者に合わせて使用し、利用者の快適な暮らし出来る支援を目指している。
53	A-1-(3)-②	a	利用者のプライドや羞恥心に配慮し、利用者が安心して排泄が出来る支援に取り組んでいる。ベッドでのおむつ交換時にも、カーテンを閉めて利用者のプライバシーに配慮している。また、同性介助希望の利用者には、要望に応えた支援を行っている。

【A-1-(4) 利用者の移乗の確保】

54	A-1-(4)-①	a	利用者の心身の状況や意向を踏まえて、安全に移乗や移動の支援が出来るように取り組み、利用者を寝たきりにさせない支援を行い、日中は出来るだけベッドから離床して、車椅子を使用し、利用者が自由に移動が出来るよう支援している。
----	-----------	---	--

【A-1-(5) 利用者の整容の確保】

55	A-1-(5)-①	a	自立支援に向けて、利用者の希望を聴きながら、髪形や衣服を自分で選んでもらい、活動状況、外出等の目的に合わせて身だしなみを整え、事業所での暮らし、利用者の生き甲斐に繋がるように支援している。
----	-----------	---	--

【A-1-(6) 個々の生活、障害に合わせた介護】

56	A-1-(6)-①	個々の生活、障害に合わせた介護を適切に行っている。	a	利用者の障害や生活習慣に合わせた介護について職員間で検討し、利用者の心身の状況を医療、介護関係者と話し合い、介護の実践に取り組んでいる。介護相談員や栄養士とも話し合い、食事形態や量等に配慮して取り組んでいる。
57	A-1-(6)-②	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a	認知症の状態を職員間で把握し、利用者が事業所の中で、尊厳のある暮らしの支援が出来るように取り組んでいる。環境の整備を行い、利用者を受容し、信頼関係の中で利用者の心身の活性化に取り組んでいる。

【A-1-(7) 医療依存度の高い利用者への対応】

58	A-1-(7)-①	医療依存度の高い利用者も受け入れ、医療と連携する等適切な対応を行っている。	a	医療の充実を図り、医療関係者と介護職員が協力し、医療依存度の高い利用者の受け入れについて協議を行い、受け入れ後は、24時間安心して任せられる医療連携を図り、利用者が重度化しても事業所で介護できる体制が整っている。
----	-----------	---------------------------------------	---	--

【A-1-(8) 健康管理、衛生管理】

59	A-1-(8)-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a	看護師と介護職員が常に協力し合い、利用者の体調変化に迅速に対応し、医師の判断を受けて、往診や救急搬送を行い、利用者の緊急時の医療、介護体制を整えている。また、日常的に職員が利用者の小さな変化も見逃さず、早期発見、治療に取り組んでいる。
60	A-1-(8)-②	服薬の誤りがないよう対策を講じている。	a	看護師を中心薬の管理を行い、利用者ごとに薬手帳をつくり、薬の内容を理解し、誤薬や飲み忘れが起こらないように職員2人でダブルチェックを行い、服薬後の空袋も確認して記録し、服薬の間違いがないように取り組んでいる。
61	A-1-(8)-③	感染症対策を適切に行っている（結核、インフルエンザ、疥癬等）。	a	来訪者の手洗いや消毒薬、マスク等を玄関ホールに設置して、感染症の発症予防に取り組んでいる。感染症が発症した場合は、拡大しないための対策と医療機関や、保健所と連絡を密に取りながら拡大防止の徹底に取り組んでいる。
62	A-1-(8)-④	食中毒予防対策を適切に行っている。	a	食中毒の予防対策、発生した場合の対応マニュアルを整備し、職員間で周知徹底を図り、利用者の安全に取り組んでいる。また、衛生管理マニュアルを作成し、職員の健康管理や検便を毎月実施し、毎日の調理前の食材と調理後の料理を保存し、原因究明に取り組んでいる。

【A-1-(9) 利用者に対する機能訓練又は生活の活性化（アクティビティケア）の実施】

63	A-1-(9)-①	個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練又は、アクティビティケアを実施している。	a	機能訓練が必要な利用者には、OTと連携し、利用者一人ひとりに合わせた機能訓練に取り組んでいる。利用者の疾病や障害の程度を把握し、利用者が寝たきりにならないための機能訓練や、生活リハビリを取り入れている。
64	A-1-(9)-②	機能訓練室以外の場所でも日常生活動作向上について計画的に行っていている。	a	利用者の心身の状態に合わせた機能訓練やアクティビティケアの実施について、担当者を決めて取り組み、日常生活の中で利用者一人ひとりに合わせたりハビリに取り組み、身体機能維持を目指している。
65	A-1-(9)-③	褥瘡の発生予防・寝たきり防止・離床のための取組を適切に実施している。	a	栄養管理や皮膚の清潔保持、定期的な体位交換を行い、利用者の寝たきり防止に努め、利用者の褥瘡防止に取り組んでいる。傷や皮下組織のズレが起きないように注意し、グローブ等の福祉用具を使用することもある。
66	A-1-(9)-④	利用者の身体状況に応じて福祉用具等を適切に提供している。	a	杖、歩行器、車椅子、エアーマット等の福祉用具を使用し、利用者の自立支援に向けて取り組み、移動用リフト、ギャッセベッド、機械浴等の器具を利用者一人ひとりに合わせ、適切に使用できるように工夫している。
67	A-1-(9)-⑤	転倒予防のための取組を実施している。	a	事業所全体にバリアフリー化され、転倒防止のために下肢筋力を鍛えるトレーニングや、滑りにくいシューズを使用する等、転倒防止に繋がる取り組みを実践している。また、骨折後の対応を作業療法士がマンツーマンで取り組み、早期回復に繋げている。

【A-1-(10) 利用者の希望、要望の尊重】

68	A-1-(10)-①	主体的な生活や余暇活動を保障している。	a	利用者が希望する散歩や買い物に出かけたり、事業所内でカラオケや、生け花教室、陶芸等を行い、日々の暮らしに充実出来るように取り組んでいる。また、金魚等の生き物のお世話係りを決めてお願いし、利用者の生きるために繋げている。
69	A-1-(10)-②	利用者のライフスタイルを保障している。	a	利用者が持っている価値観や生活習慣を尊重し、自宅で過ごすような環境づくりに取り組み、整容を行い、毎日の新聞を拝読される等、利用者の希望に沿ったライフスタイルの実現を目指している。

70	A-1-(10)-④	預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理している。	a	預り金管理規定を基に、利用者の状態や能力に合わせて金銭を預かり、必要に応じて（買い物や外食）利用者に渡している。また、3ヶ月毎に金銭管理台帳を利用者や家族に提示し、確認の承諾を貰っている。
71	A-1-(10)-⑤	自由な生活が送れるよう配慮している。	a	利用者が事業所の中で、食事、外出、入浴等の日常の暮らしが、自由に希望に添えるように取り組み、心身の状態を把握し、危険の予測、安全対策に配慮し、利用者の日々の生活にメリハリの効いた楽しめる介護の実践を目指している。
72	A-1-(10)-⑥	生活の継続性がある、馴染みのある暮らしができるよう配慮している。	a	利用者が長年使い慣れた品物や寝具、鏡、他の利用者の邪魔にならない電気製品等を持ち込んでもらい、生活環境が急変しないように工夫し、利用者が安心して、穏やかな暮らしが出来る支援に取り組んでいる。

A-3 利用者的人権の擁護				
【A-3-(1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止】				
73	A-2-(1)-①	利用者と家族との交流の機会を配慮している。	a	家族面会や行事参加の時に、利用者と家族がゆっくり落ち着いて歓談出来る場所を各所に設けている。家族が利用者と一緒に外出する場合には、安全確保や不測の事態に備える体制を整え、利用者が入所後も、家族と楽しく交流出来るように取り組んでいる。
74	A-2-(1)-②	利用者家族との連携を適切に図っている。	a	毎月利用者の健康状態や暮らしを、事業所便りや報告書と一緒に家族に通知し、家族と事業所が信頼関係を築き、家族から意見や要望を聴き取り、利用者の介護計画や事業所運営に反映出来るように取り組んでいる。

A-3 利用者的人権の擁護

【A-3-(1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止】				
75	A-3-(1)-①	身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	a	身体拘束や虐待防止委員会、職員会議の中で職員間で話し合い、言葉や薬の抑制も含めた身体拘束拘束が、利用者に及ぼす弊害について理解し、職員間でチェック体制を確立し、利用者が安心して暮らせる環境を整えている。
76	A-3-(1)-②	利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	a	虐待防止委員会を年2回開催し、毎月の職員会議や毎日の申し送り時に、職員の言葉遣いや対応について話し合い、虐待チェックリストを職員に配布して自己評価を行い、虐待をしない介護の実践に取り組み、職員間で、注意し合える関係を築いている。
77	A-3-(1)-③	必要な利用者には成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用情報の提供等支援を行っている。	a	契約時に権利擁護の制度について、利用者や家族に説明を行い理解を得ている。資料やパンフレットを用意し、利用者や家族から制度について相談があれば、相談員が制度の内容や申請方法を説明し、関係機関に橋渡し出来る支援体制を整えている。

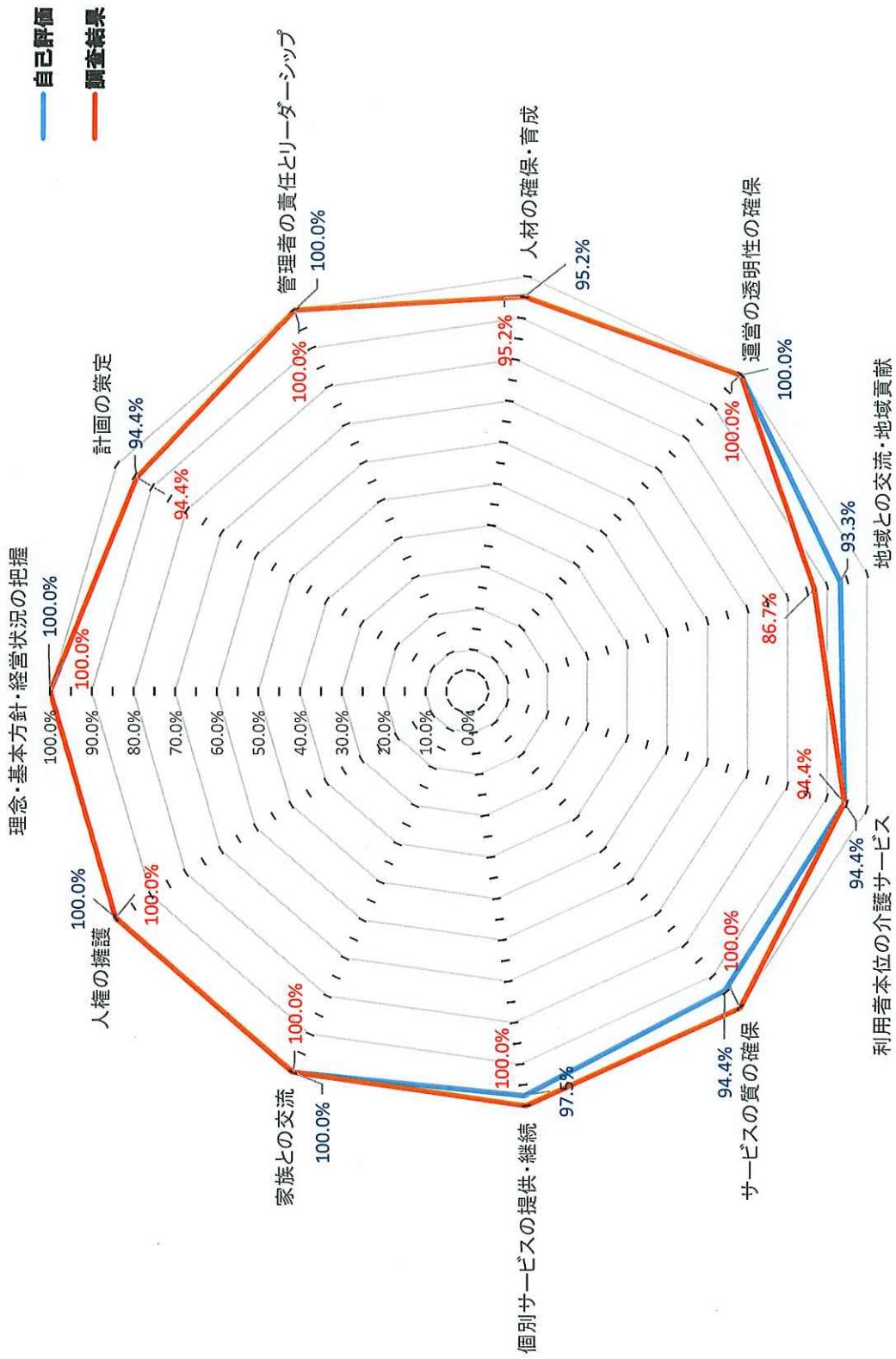
【A-3-(2) 生きがいのある生活】

【A-3-(2) 生きがいのある生活】				
78	A-3-(2)-①	孤立、退屈、無気力にならない配慮をしている。	a	利用者が事業所の中で孤立や無気力から、「生き甲斐の喪失」にならないように配慮し、利用者同士の仲の良い関係や職員とのコミュニケーションを取りながら、利用者の日々の暮らしが、メリハリの効いた生き甲斐に繋がるように支援している。
79	A-3-(2)-②	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a	共同生活の中で、利用者一人ひとりに合わせたコミュニケーションを図り、利用者の思いや意向が反映される取り組みを行っている。意向表出の困難な利用者にも、家族と相談し、職員が利用者に寄り添い、思いを汲み取る努力をしている。

【A-3-(3) その他】

【A-3-(3) その他】				
80	A-3-(3)-①	自己評価を実施している。	a	毎年事業所独自の自己評価を職員全員で行い、職員一人ひとりが、利用者に対しての関わりや実践が出来ているかを確認し、次年度に向けた目標を職員が設定し、利用者が事業所の中で快適な環境を維持できる支援に取り組んでいる。
81	A-3-(3)-②	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	a	ターミナルケアの指針を作成し、利用者の重度化に合わせて段階的に家族や主治医と話し合い、今後の介護方針を確認し、関係者で情報の共有を図り、利用者や家族が安心できる終末期の支援体制が確立されている。看取りも毎年5名～10名行われている。

特別養護老人ホーム もみじ苑 評価結果グラフ



※各評価項目のA評価：3点、B評価：2点、C評価：1点で計算、グラフ化しています。

評価結果グラフ

＜ 特別養護老人ホーム もみじ苑 ＞

実地評価日 平成28年09月06日

領 域	自己評価	調査者評価	満 点	項目数
理念・基本方針・経営状況の把握	9 100.0%	9 100.0%	9	3
計画の策定	17 94.4%	17 94.4%	18	6
管理者の責任とリーダーシップ	12 100.0%	12 100.0%	12	4
人材の確保・育成	20 95.2%	20 95.2%	21	7
運営の透明性の確保	6 100.0%	6 100.0%	6	2
地域との交流・地域貢献	14 93.3%	13 86.7%	15	5
利用者本位の介護サービス	34 94.4%	34 94.4%	36	12
サービスの質の確保	17 94.4%	18 100.0%	18	6
個別サービスの提供・継続	79 97.5%	81 100.0%	81	27
家族との交流	6 100.0%	6 100.0%	6	2
人権の擁護	21 100.0%	21 100.0%	21	7
計	64		243	81

評価結果を a=3, b=2, c=1, d=0 で点数化しています。

福岡県福祉サービス第三者評価の結果

【第三者評価機関】

名 称	特定非営利活動法人 北九州シーダブル協会		
所 在 地	福岡県北九州市小倉北区真鶴二丁目5番27号		
T E L	093-582-0294	F A X	093-582-0280
評価調査者 登録番号	14-a 00026 14-a 00028 14-a 00029 14-b 00069 14-b 00075 14-b 00076		

【福祉サービス施設・事業所基本情報】

◆経営法人・設置主体

法 人 名 称	しゃかいふくしほうじん ほんじょうかい 社会福祉法人 本城会		
法 人 の 代 表 者 名	ながの みよこ 永野 三代子	設立年月日	昭和・平成 7年4月12日

◆施設・事業所

施 設 名 称	とくべつようごろうじんほーむ もみじえん 特別養護老人ホーム もみじ苑		施 設 種 别	介護老人福祉施設
施 設 所 在 地	〒807-0873 福岡県北九州市八幡西区藤原四丁目15番33号			
施 設 長 名	ふくしま ともこ 福島 智子		開設年月日	昭和・平成 8年6月1日
T E L	093-601-7760		F A X	093-601-7768
E メ ー ル ア ド レ ス	Momiji-k415@tuba.ocn.ne.jp			
ホ ー ム ペ ー ジ ア ド レ ス	http://www.honjyoukai.com/profile.htm			
定 員 (利 用 人 数)	74(名)世帯(現員74(名)世帯) ※該当を○で囲む			
職 員 数	常勤職員： 45 名		非常勤職員： 14 名	
専 門 職 員	介護福祉士 25名	歯科衛生士 1名	看護師5名准看護師1名	
	介護支援専門員 3名	作業療法士 1名	管理栄養士2名栄養士1名	
施 設 ・ 設 備 の 概 要	(居室数) 2人居室 (3)	(整備) トイレ24か所 浴室3か所	機能回復訓練室1か所調理室・食品庫各1か所	
	4人居室 (17)	リネン庫 2か所	食堂1か所・静養室2所	

◆施設・事業所の理念・基本方針

理 念	「笑顔」「信頼」「安心」
基 本 方 針	<ul style="list-style-type: none"> ・ 笑顔と真心をもって介護、保育を行い、 安心・信頼のあるサービス提供に努めます。 ・ 一人ひとりの個性を尊重し、自立に向けた 尊厳ある生活ができるように努めます。 ・ 地域と共に「見守り、ふれあい、支え合い」ながら、 地域社会の一員として支援します。

◆施設・事業所の特徴的な取組

- ◎複合型福祉施設として、地域や家族、職員と共に積み重ねてきた20年の歴史を糧に、
次の20年に向けて地域貢献や人材育成を始め、更なる挑戦に取り組み、地域福祉事業
の拠点を目指している。
- ◎医師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士、生活相談員、介護支援専門員等
の専門職と介護職員が連携し、最期まで安心して暮らす事が出来る終の棲家となるよう、
チームで看取り介護に取り組んでいる。
- ◎浴槽は、一般浴、機械浴、個浴（4）を用意し、利用者の心身の状況や希望を踏まえ、
利用者一人ひとりが入浴を楽しむ事が出来る支援に取り組んでいる。
- ◎嗜好調査を反映させたメニューを基に、利用者の状況に応じた食事形態での提供、セレ
クトメニュー、パン食等を実施し、温冷機能付き配膳車を使用して、適温の食事を提供
し、利用者の食欲増進に取り組んでいる。
- ◎排泄委員会を中心に、OTの指導による下肢筋力の強化や外部アドバイザーによる定期
的な研修を実施し、利用者の身体状況に合わせた排泄の個別ケアに取り組んでいる。

◆第三者評価の受審状況

評価実施期間	契 約 日	平成 28 年 6 月 18 日
	訪 問 調 査 日	平成 28 年 9 月 6 日
	評価結果確定日	平成 28 年 10 月 5 日
受審回数（前回の受審時期）		今回の受審： 1 回目（前回 平成 年度）

【評価結果】

1 総評

(1) 特に評価の高い点

- ◎医療依存度の高い利用者に対する充実した介護・・・経管栄養、痰吸引を含め、他の施設で断られる利用者を受け入れ、医師、看護師、各専門職と介護職員が連携し、情報、方針を共有してチーム介護に取り組み、毎年10人近い看取り介護を行っている。
- ◎職員の質の向上と意識改革・・・充実した苑内研修、職員の習熟度に合わせた外部研修への派遣、活発な委員会活動により、職員の質と意欲の向上に繋げている。また、子育て中の職員のために保育所を開設する等、職員の処遇へ細やかな配慮を行う事で働きやすい職場環境を整え、職員が定着している。
- ◎施設長のリーダーシップと意欲的な職員による利用者のための介護・・・誰のための介護なのかを常に問い合わせながら、利用者一人ひとりに寄り添う尊厳ある個別ケアに取り組んでいる。
- ◎家族との関わり・・・面会時や家族会、年に数回行われる行事を通して家族とコミュニケーションを図り、利用者を中心と共に支え合う関係を大切にしている。

(2) 改善を求められる点

- ◎事業所の経営状況や経営課題を明確にし、幹部職員だけでなく、職員全員への周知を図ると共に、中・長期計画については、職員にとって将来の希望に繋がる計画になる事を期待したい。
- ◎非常災害（地震、風水害）に合わせたマニュアルの再検討と、非常時にはどう動くのかを職員一人ひとりが考え、実際に行動に移せるように、常に危機感を持った避難訓練の実施が望まれる。
- ◎地域福祉事業の拠点として、地域住民の介護相談や独居老人の安否確認、徘徊模擬訓練等を地域住民や行政と協働で行い、地域から頼られる事業所として、地域貢献に取り組んで行くことを期待したい。

2 第三者評価の結果に対する事業者のコメント

本年度法人設立20年を迎え、これから10年、15年を見据えた法人改革の一環として福祉サービス第三者評価を受審致しました。調査にあたっては、各専門職（看護、介護、栄養、管理職員、事務職員等）が役割分担し項目に沿って評価、分析を行いました。判断基準と評価の着眼点が明文化されており、法人理念、組織体制、ケア方針、サービス内容について職員と一緒に振り返り「ケアを考える」機会となりました。組織の人的、物的環境の強み、弱みを洗い出すことにより、これから法人の在り方や存在意義の使命を痛感致しました。総評を真摯に受け止め、改善点は早急な取り組みを図り、安心、安全な施設運営を目指します。「進化する法人」であり続けるために、常に社会情勢と向き合い、信念ある法人理念を貫いていきます。

3 共通評価基準及び個別評価基準の評価項目による第三者評価結果（別添）

【共通評価項目による評価結果】

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

項目		評価	コメント
1	I-1-(1)-①	a	法人の理念、基本方針を各所の見やすい場所に掲示し、新人研修会や職員会議の中で説明を行い、職員全員が理念の意義を理解出来るように取り組んでいる。また、理念が日常的に実践されているかを確認し、介護サービスの向上を目指している。

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

2	I-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a	利用者の運営状況や利用者の推移について常に分析を行い、毎月の職員会議で報告し、職員全員で共有を図り、課題解決に向けた目標を設定し、運営や業務に反映出来るように取り組んでいる。
3	I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	責任者会議の中で、事業所の組織体制や財務状況、人員体制をデータ分析を行い、課題や今後の取り組みを検討して具体的な事例を挙げて検証し、運営会議を四半期ごとに開催して経営環境の改善に向けて取り組んでいる。

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

4	I-3-(1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b	介護保険制度が毎年改正される中で、中・長期計画を明確に立てていくことは困難であるが、10年後の事業が安定して繁栄出来るように、国や北九州市の事業計画を把握し、今後の介護の在り方を分析し、中・長期計画を大まかに立てている。
5	I-3-(1)-②	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a	毎年事業計画を策定し、四半期ごとに運営会議を開催して、計画の実施状況や目標達成状況を確認し、その結果を踏まえて事業計画の見直しをその都度行っている。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

6	I-3-(2)-①	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a	事業計画がどのように推移しているかを運営会議で検討し、職員会議の中で説明を行い、事業所の現状を理解して貰い、職員一人ひとりの意識の高揚を図り、各ユニット毎に事業計画が、速やかに実施できるように取り組んでいる。
7	I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a	事業計画を家族会や家族説明会の中で内容の説明を行い、利用者にも分かり易く内容を説明し、理解を得ている。また、事業所の運営を利用者や家族に理解して貰い、承諾を得て、事業計画の推進に取り組んでいる。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

8	I-4-(1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a	定期的に各委員会の会議を開催し、外部講師を招聘した研修会と合わせ、介護サービスの質の向上と質の確保を目指している。また、第三者評価機関の受審を9月6日に実施し、結果を公表し、事業所で何時でも閲覧できる体制を整えている。
9	I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a	評価結果を責任者会議や運営会議で検討し、事業所として改善点を今後どのように取り組み、継続していく場合の条件整備を一つ一つ検証し、組織として、取り組む内容を明確化し、職員全員に説明できる体制を目指している。

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

10	II-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a	施設長は事業所の責任者として、事業所運営が実施できるように役割と責任を職員全員に理解して貰い、職務権限規程を設け、施設長不在時には代理を立てて、業務に支障をきたさない体制を整えている。
11	II-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a	職員は遵守すべき法令の内容を新人研修会で受講し、毎年行われる外部や内部研修会の中で、倫理綱領や法令の内容を理解し、守秘義務や情報漏洩防止も含めた法令の順守を目指している。

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

12	II-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	a	事業所が実施している介護サービスの内容や職員の能力を施設長が把握し、問題点や今後の取り組みを職員と検討し、介護の実践に取り組んでいる。また、職員の意見や要望、アイデア等を取り入れ、事業所運営や業務改善に活かす取り組みを行っている。
13	II-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a	施設長は人事や財務、業務について把握し、指導力を発揮して、職員一人ひとりの特技や能力に合わせて適材適所の役割分担を行い、働きやすい職場環境に取り組んでいる。また、組織内改革や、業務改善を職員が理解し、実践に向けて取り組んでいる。

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

14	II-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a	必要な人員体制の確立が出来ているか、慢性的な人材不足の中で、事業所が人材確保が出来る募集体制を確立し、ハローワークや福祉関連人材紹介機関、職員からの紹介、学校関係の募集等、職員の安定した人員体制の確保を目指している。
15	II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a	理念や基本方針に基づいた介護に対する取り組みを職員に説明し、事業所での採用、配置、異動、昇進等の基準を明確化している。職員を交代で外部研修に派遣し、介護力の向上と意識の高揚に取り組んでいる。

16	II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a	職員の心身の健康と安全の確保、ワーク・ライフ・バランスに配慮し、働きやすい職場環境に取り組んでいる。労務管理に対する責任を明確化し、職員の意見や要望、就業状況を把握し、組織的に改善計画が実施出来るように取り組んでいる。
----	------------	-----------------------------------	---	---

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

17	II-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b	各ユニット毎に人材育成担当者が、職員の研修や教育の場を確保し、職員の介護技術の向上と知識の習得を目指している。施設長は、職員と個人面談を定期的に行い、職員の悩みや心配事の相談にも応え、問題解決に向けて取り組んでいる。
18	II-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a	毎年一年間の研修や教育について具体的な計画を作成し、職員の経験や習熟度に合わせて研修を受講して貰い、組織全体の介護力の向上に繋げている。また、資格取得のバックアップ体制も整い、職員の意欲を高める環境を整備している。
19	II-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	外部や内部の研修会に職員が交代で参加し、職員の介護技術が組織としてレベルアップして、質の高い介護サービスの提供を目指している。また、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修に取り組み、職員の意識の高揚に取り組んでいる。

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

20	II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	実習生受け入れや、実習内容について、学校関係者と話し合い、カリキュラムに沿った教育が実施できるように取り組んでいる。実習指導研修受講者の職員が中心になり、受け入れ態勢を整え、実習がスムーズに行われるよう努めている。
----	------------	---	---	---

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

21	II-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a	事業所の理念や基本方針、事業計画や事業報告、決算、予算情報、苦情内容等を開示し、事業所運営の透明性を確保している。また、任意の第三者評価を受審し、開設20年目を迎え、地域福祉事業の拠点を目指している。
22	II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a	社会福祉法人として、公正、透明性を確保し、サービス提供や業務執行に関するチェック体制を整備し、業務の実施や意思決定の手続き、会計処理、業務契約関係のプロセスに課題や問題が生じた時の発生を防ぐための体制を整えている。

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 運地域との関係が適切に確保されている。

23	II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b	利用者が地域の中で孤立しないために、地域との関わりを大切にし、事業所の行事に地域住民やボランティアの参加があり、地域の行事にも利用者と職員が参加し、地域交流の輪が広がっている。また、地域の社会資源の活用も定期的に行われている。
24	II-4-(1)-②	ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b	事業所と地域をつなぐ柱として、ボランティアの受け入れを行い、受け入れの体制を整え、登録、申し込み手続き、配置、利用者や家族の理解と承諾を得る等の取り組みを行っている。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

25	II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a	行政機関や団体と連携し、地域の社会資源を明確化し、福祉事務所、保健所、ハローワーク、病院、学校、地域の他事業所等と社会資源を活用したネットワークを構築している。
----	------------	--	---	--

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

26	II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a	高齢者の介護や認知症等の研修会を地域住民参加で行い、地域の防犯活動や駐車場を地域の一時避難場所として掲示板で案内する等、頼りになる事業所を目指している。また、老人会のバスハイクには、事業所の看護師を参加させている。
27	II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a	地域の中で培ってきた社会貢献を含めた事業が、機能するために、地域住民参加型の行事や活動を行い、介護相談窓口や独居老人の安否確認、徘徊ネットワークの参加等に取り組み、地域福祉事業の拠点を目指している。

III 適切な福祉サービスの実施

III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

28	III-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a	事業所の理念、基本方針、職員心得等に利用者の尊厳を守る介護について明示し、職員は常に意識して介護サービスの提供に取り組んでいる。また、研修会（接遇、人権、身体拘束、虐待防止）を職員が受講し、知識の習得に努めている。
29	III-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	利用者一人ひとりが持っている価値観や生活習慣を尊重し、職員の細やかな対応が利用者のプライバシーの確保に繋がり、トイレや入浴支援の中で、利用者のプライドや羞恥心に配慮し、利用者が安心して暮らせる事業所を目指している。

III-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。

30	III-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a	事業所の資料やパンフレット、ホームページに必要な情報を掲示し、利用希望者や家族に分かり易く説明できるように取り組んでいる。利用者アンケート、家族アンケートを定期的に送付し、意見や要望、苦情等が言いやすい環境である事の説明がある。
31	III-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a	サービス利用開始や変更時に、利用者や家族に分かり易く事業所での暮らししぶりについて説明し、安心できる体制を整えている。また、利用者の状態変化に合わせて、利用者や家族、主治医も交えて話し合い、利用者や家族の承諾を得ている。
32	III-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b	他施設や医療機関、自宅に移行する場合は、利用者や家族と話し合い、他事業所（移行先）と連絡を密に取りながら、利用者が安心してサービスの提供が受けられる支援に取り組んでいる。また、退所後の相談も気楽に行える関係を継続している。

III-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

33	III-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	利用者が安心して暮らせる事業所を目指し、利用者アンケートや満足度調査、嗜好調査を定期的に行っている。また、利用者自身で意志を伝える事が困難な利用者にも、家族や後見人と相談し、利用者が満足できる介護の実践に取り組んでいる。
----	-------------	---------------------------------	---	--

III-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

34	III-1-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a	玄関に内部や外部の苦情相談窓口や責任者名を掲示し、第三者委員会の設置と合わせ、苦情解決に向けた取り組みが行われている。また、意見箱を設置し、来訪者から意見や要望、苦情等を投函して貰い、介護サービスの向上を目指している。
35	III-1-(4)-②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a	職員は利用者と信頼関係を築き、話しやすい関わりの中で、利用者の思いや意向、心配な事等を聴き取り、関係者で共有し、介護サービスの提供に反映させている。また、常に職員は利用者の状態変化を観察し、利用者に話しかけ原因究明を行っている。
36	III-1-(4)-③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a	苦情マニュアルを職員に提示し、理解を得て利用者の思いや要望、苦情を汲み取り、法人全体で対応指針を作成し、内容に合わせて、速やかな解決を行っている。また、フロア会議を開き、職員全員で話し合い、利用者が満足できる取り組みを行っている。

III-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

37	III-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a	リスクマネジメント委員会を設置し、利用者の安心と安全確保を目指し、事故を未然に防ぐためのヒヤリハットや職員の気付き、観察力を意識して取り組んでいる。また、事故発生後の検証結果を基に、事故防止に向けた取り組みが行われている。
38	III-1-(5)-②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a	感染症の予防体制と発生時の利用者に対する安全対策をマニュアル化し、迅速な対応が出来る体制を整えている。また、感染予防委員会を毎月開催し、職員の意識の改革と注意義務について自覚して貰い、利用者の安全確保に取り組んでいる。
39	III-1-(5)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b	非常災害時に利用者が安全に避難出来る訓練を年6回実施し、マニュアルを整備し、職員一人ひとりが利用者の安全確保に取り組み、真剣に訓練を行い、いざという時に、冷静な判断と行動が出来るよう努めている。

III-2 福祉サービスの質の確保

III-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

40	III-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a	業務マニュアルの整備を行い、職員全員がサービスの質を均一化し、利用者が安心してサービスを受けられる体制を目指している。職員の介護技術に差が生じないように、研修会や勉強会の中で介護力を高め、同じサービスの提供に取り組んでいる。
41	III-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a	介護サービスの実施や見直しは、定期的な会議の中で計画、実行、評価、改善のサイクルの中で、組織として取り組んでいる。また、介護計画の実施状況や目標達成状況を確認し、その結果を踏まえて、介護計画の見直しを行っている。

III-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

42	III-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	利用者の個性や生活環境、希望等を基に、利用者本位の介護計画を作成し、実践に向けた取り組みを行っている。医療やリハビリ、メンタル面での支援も行き、実施状況の評価、改善に向けたサービス提供に取り組んでいる。
43	III-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	介護マニュアルに、実施状況の評価や実施計画の見直しを記載し、利用者の介護サービスが、P D C Aのサイクルを実施することで見直され、利用者本位の介護サービスの提供が継続出来る取り組みを行っている。

III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

44	III-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a	利用者一人ひとりの個人記録に利用者の身体状況、生活の様子が記録され、職員全員が内容を把握し、利用者の情報を組織として対応来のように取り組み、共有化が図られている。
45	III-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	利用者の個人記録の管理は、個人情報保護規定と、情報開示の2つの観点から状況に合わせた管理体制が必要であるので、保管場所の確保や情報漏洩防止について、施設長から職員に常に説明を行い、周知が図られている。

福岡県
福祉サービス第三者評価

特別養護老人ホーム

自己評価票

【共通評価項目・個別評価項目】

(全81項目)

施設名： 特別養護老人ホーム もみじ苑

【自己評価・共通評価項目】

施設名：
特別養護老人ホーム もみじ苑

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
項目	評価	評価の着眼点	特記事項（評価の根拠）
I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	1	<ul style="list-style-type: none"> ■理念、基本方針が文書（事業計画等の法人（福祉施設・事業所）内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。 	
a) 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。 	<p>法人の理念、基本方針は事業計画、ホームページ、パンフレット、施設入口に掲示している。 年度初めの4月に、新人研修、新年度研修（接遇、法令順守等）を開催し施設長より職員への周知を図る。</p>
b) 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。		<ul style="list-style-type: none"> ■理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。 	<p>法人内の各種委員会の趣旨、目的において、本城会理念である「笑顔・信頼・安心」と介護保険法の理念をもとに実施することを基本としている。</p>
c) 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化されていない。		<ul style="list-style-type: none"> □理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。 ■理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。 	<p>年に1～2回家族会を開催し、施設長より法人の理念、方針を説明、介護保険の情勢報告など実施している。</p>

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
項目	評価	評価の着眼点	特記事項（評価の根拠）
I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	2	<ul style="list-style-type: none"> ■社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。 ■地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。 ■利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。 ■定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・経営を取り巻く社会動向について、厚生労働省のホームページ、全国老人福祉施設協議会、北九州市高齢者福祉事業協会等ホームページを常に確認し、最新の情報を幹部職員へ発信する。 ・文書においては各事業所に回覧する。 ・地域の実情に応じたサービスの把握については不十分ではあるため、民生委員やボランティアの方々との懇談を通じ、課題分析を図っていく。 ・利用者の推移について実績数を毎月職員会議で報告し、全職員で共有する。 ・コスト分析について、前年度比グラフを作成し事務所で一括取りまとめ、運営会議において分析する。節制を常に意識して、業務運営を行うことを発信する。 ・ショットスティ利用稼働率が下降を補うべく、特養へ4床をショットから転床したことにより、収入の安定化を図った。
a) 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	○		
b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。			
c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。			
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	3		
a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。 ■経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。 ■経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。 ■経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・全国、北九州の高齢者福祉等協会加盟により、社会福祉事業及び北九州市の高齢者施策等を把握し分析と理解に努めている。福祉運営会議を四半期ごとに開催し、事業計画の実施状況、収入の確保等が順調であるか、高額な設備取替や修繕の必要性が発生していないか運営が順調に推移出来ているか、などを検討している。 ・責任者会議の中で、行事予算、研修費用、修理修繕買換え、その他の支出について検討する。その必要性と緊急性を経費削減、コストダウンを考慮する。さらに、購入や修繕の時期を勘案した適時期等を話合っている。
b) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。			
c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。			

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

項目	評価	評価の着眼点	特記事項（評価の根拠）
I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	4	<p>■中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。</p> <p>■中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・社会保障の動向を勘案し、法人ビジョンは理事会、評議員会を通じ、明確化を図る。 ・法人の体力を強化しつつ、地域事情を踏まえた事業所拡大を図る。 <p>地域への貢献事業として、保育所参入や低所得者対策などを計画する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中長期計画により、地域密着型特別養護老人ホームを平成25年6月にオープン。また、地域貢献を目的として、平成27年1月には本城会保育施設ピッコリーノをオープンした。 ・これらの中長期計画の周知が、職員へ随時職員会議等にて図られている。 ・厨房用排気ファン取替工事、スプリンクラー用自家発電機取替工事など大掛かりな工事は理事会にも諮られ計画に基づいておこなっている。
a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	○	<p>■中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。</p>	
b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。		<p>■中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</p>	
c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。			
I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	5	<p>■単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。</p> <p>■単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・単年度に計画実施する内容については、事業計画（法人全体総論や経営方針を始め各事業所に盛り込む）に上げ、役員会で承認を得る。 ・実施後は事業報告書にてその詳細を報告作成している。 <p>・計画に基づく資金について、事業予算書にて承認を得て実施している。</p> <p>融資については、役員会で検討し予算化していく。</p>
a) 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	○	<p>■単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</p>	
b) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。		<p>■単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。</p>	
c) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。			

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	6	<p>■事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。</p> <p>■計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。</p> <p>■事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。</p> <p>□評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。</p> <p>■事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等が）されており、理解を促すための取組を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・年度における事業計画は、まず法人の事業方針を施設長が伝え、各事業所毎に会議を開き（2月）事業計画案について検討している。 ・その際に、前年度事業の評価、反省を元に見直し改善を含め新たな取り組みも検討している。 ・役員会で承認を得た事業計画は、新年度職員会議（4月）において、本城会全体として施設長、各事業所の目標についてはそれぞれの責任者より説明を行い、職員へ発信し共通認識を図る。 ・また、各ユニット会議において事業計画を用い、本年度の事業方針を確認しぱを実施する。 ・前期（4～9月）終了時に事業計画、方針の進捗確認を行い、後期（10～3月）事業に繋げる取組を行う。
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	7	<p>■事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。</p> <p>■事業計画の主な内容を利用者会や家族会などで説明している。</p> <p>■事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。</p> <p>■事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画や方針は家族会を始め利用者や家族とのふれあい会、納涼祭、地域交流会など開催時に、事業報告や事業計画など説明している。 ・事業計画書、事業報告書を玄関窓口に設置し、いつでも閲覧出来るようにしている。 ・説明文には、専門用語をなるべく控え、利用者、家族が理解しやすい言葉を使い、要点化するよう工夫するよう努めている。
a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	○		
b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。			
c) 事業計画を利用者等に周知していない。			

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
項目	評価	評価の着眼点	特記事項（評価の根拠）
I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	8	<ul style="list-style-type: none"> ■組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本会議に各委員会を設置し、年度初めに計画策定、年間を通じて実施。2月、各委員会毎にメンバーで評価を行い成果を報告書にまとめる。次年度に向けて、課題を分析し、次年度計画を策している（PDCAサイクル）。 ・福祉サービスの質の向上を推進する為、職員の専門的知識の習得に苑内研修や外部研修受講をしている。 ・外部講師を招いた苑内研修を開催することでより専門的知識の習得を図る。 ・受講後は研修報告書を作成し、研修で得た成果やこれからの取組への活用などに活かしていく。 ・介護サービス情報の公表の際に自己評価を年に1回を実施 ・福祉サービス第三者評価は平成28年9月6日に実施する。
a) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■福祉サービスの内容について組織的に評価（C: Check）を行う体制が整備されている。 	
b) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。		<ul style="list-style-type: none"> ■定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。 ■評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。 	
c) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われていない。			
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	9	<ul style="list-style-type: none"> ■評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。 	
a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■職員間で課題の共有化が図られている。 ■評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・評価結果を報告すると同時に、事業内容を見直し、課題や改善点について話し合う。 ・話し合いの結果を踏まえ、計画策定と、事業計画書、委員会計画書、マニュアル、指針の見直し等を文書化していく。 ・評価結果に基づく改善策の一環とし、計画的に勉強会を実施し、質の向上を目指す。
b) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。		<ul style="list-style-type: none"> ■評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。 ■改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年取組み計画に関する資料は、ファイル（紙、PCデータ）にて管理し共有出来るようにしている。
c) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。			

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
項目	評価	評価の着眼点	特記事項（評価の根拠）
II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	10	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準を理解し自らの役割を果たすために、リーダーシップを図っている。 ・併せて職員に対して、施設長の役割と責任の根拠は指定基準の内容であることを説明し、衛生管理、健康管理、人員配置管理をおこなっている。 ・法人としての役割を定款に定め、施設運営の上で事業計画にて役割と責任履行を目的表明し、その成果を事業報告書にまとめている。これは、窓口設置しており、ホームページに掲載している。 ・職務権限規定を定め、職位権限基準を設けている。不在時の権限代行対処について条文に明記している。
a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。 	
b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。		<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・法人としての役割を定款に定め、施設運営の上で事業計画にて役割と責任履行を目的表明し、その成果を事業報告書にまとめている。これは、窓口設置しており、ホームページに掲載している。
c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。		<ul style="list-style-type: none"> ■平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・職務権限規定を定め、職位権限基準を設けている。不在時の権限代行対処について条文に明記している。
II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	11	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・各種法令に改定には十分留意をし遵守すべき内容について正確な知識を得るよう努めている。
a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するため積極的な取組を行っている。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者である理事長をはじめ施設長は、施設長研修や経営等セミナーへ積極的参加をし、法令遵守に努めている。また、施設内研修にて施設長より「倫理・法令遵守等」の職員研修、新人研修を実施している。更に外部講師を招き法令遵守及び対応方法やリスクの講演を実施し職員へ周知している。
b) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。		<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・この理解を深めるべく、規定などの見直し整備を社会保険労務士との顧問契約をして推進している。
c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っていない。		<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。 	

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

II-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を發揮している。	12	<p>■管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。</p> <p>■管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を發揮している。</p> <p>■管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p> <p>■管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。</p> <p>■管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、提供している施設サービスの質について職員への確認を定期的、継続的に把握し評価と分析をしている。 ・施設長は、福祉施設サービスの質に関する課題を社会的立場の見地等からも把握に努め、改善策を具体的な取組みを提案や具体的な指示をし指導力を發揮している。 ・施設長は、福祉サービスの質の向上に繋げるべく、施設内にフロア会議や委員会また専門分野での会議へ参加し、自らもその活動に積極的に参画している。 ・その参加や進捗状況などを確認し、その状況に応じて、職員の意見を聞き実行反映するための具体的な取組み方や指示をおこなっている。 ・施設長は、職員の質の向上を目指しながら、職員の教育・研修の充実を図っている。
a)	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を發揮している。	○		
b)	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。			
c)	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。			
II-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	13	<p>■管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。</p> <p>■管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。</p> <p>■管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。</p> <p>■管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、経営の改善を図るべく、組織加入している機関や地域の繋がりを利用し、法人全体の業務を始め計画的改善の実効性を分析し、いかなるべきかの見極めを図っている。 ・法人の理念や基本方針の実現また、施設運営に欠くことの出来ない人材と施設の質の向上を目指し、具体的対策を事業所責任者等と取組んでいる。必要な場合には現場職員への個人面談をおこない業務の改善を確認している。 ・行事計画など実施計画について、担当者に内容および必要経費を確認し、実施において安全に配慮し、法人の理念などに沿っているか、過去の反省を反映出来ているのかなどを具体的に確認しながら、積極的に参画している。
a)	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	○		
b)	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。			
c)	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。			

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

項目	評価	評価の着眼点	特記事項（評価の根拠）
II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	14	<p>■必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。</p> <p>■福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。</p> <p>■計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。</p> <p>■法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・人事体制は指定基準を満たす配置とし、シフト時間はご利用者の生活を中心シフト時間を調整する。日中、夜間問わず、介護福祉士の職員の配置、看護師体制を整えている。 ・無資格者に関しては採用時に、資格支援体制があることを伝え人材確保、育成を行っている。事業計画においても資格取得支援体制を明確にしている。 ・人事確保は、公的機関活用を主とし、ハローワークや福祉関連人材紹介機関、また職員からの紹介、そして、学校関係への募集、合同職場説明会、面談会をおこない職員の採用にあたっている。
a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。	○		
b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。			
c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。			
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	15	<p>■法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。</p> <p>■人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。</p> <p>■一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。</p> <p>■職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。</p> <p>■把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。</p> <p>□職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年新年度4月に、法人理念、介護理念と倫理教育を行い、「素直な心、謙虚な心、感謝の心」の職員像を発信し、目標に掲げている。 ・就業規則において人事基準を文書化している。 ・資格取得時や永年勤続等における表彰は、本城会互助会や各協議会等の表彰推薦をへおこなっている。 ・職員の水準、キャリアアップを図るために処遇加算Ⅰを算定し、その内容を職員へ周知、実施し評価、分析している。分析した事を職場での意見交換会議で話し合い、改善策を講じている。これらを検討し職員の処遇改善に取組んでいる。
a) 総合的な人事管理を実施している。	○		
b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。			
c) 総合的な人事管理を実施していない。			

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	16	<p>□職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。</p> <p>■職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。</p> <p>■職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。</p> <p>■定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。</p> <p>□職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。</p> <p>■ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</p> <p>□改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。</p> <p>■福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。</p>
a)	職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取組んでいる。	○	
b)	職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	○	
c)	職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	○	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
II-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	17	<p>□組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。</p> <p>■個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。</p> <p>■職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。</p> <p>□職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。</p> <p>■職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。</p>
a)	職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	○	<p>リーダー会議、ユニット会議等で年度における個人の目標設定を行っている。また、個別面談をその都度定期的に実施している。</p> <p>内容によっては個人情報にあたるため、記録できていないものがある。希望を取り、組織の求める技術や知識向上研修への参加を促している。</p> <p>個別目標に向けて、研修や委員会活動参加の希望も聴取している。</p>
b)	職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	○	
c)	職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	○	<p>法人内では外部からの専門講師を招き、専門的分野の研修や施設内専門職員による研修を実施している。</p>
II-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	18	<p>■組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。</p> <p>■現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。</p> <p>■策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。</p> <p>■定期的に計画の評価と見直しを行っている。</p> <p>■定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。</p>
a)	組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	○	<p>職員の教育や研修に対して、期待する職員像は事業所計画書等に明示している。各専門技術に関しては、委員会活動、キャリアUP研修などにおいて教育・研修が実施されている。（各委員会記録等）</p> <p>年度末の各評価と今後の課題においては、次年度に計画し、取組んでいる。</p> <p>定期的な研修においては、研修委員会とも連携し評価見直しを行っている。（研修委員会記録）</p> <p>・事業計画へ法人、各事業所、専門分野や各委員会等において目的や目標を掲げている。その実現に向けての計画を周知し、職員は基本的かつ専門分野での役割を担っていることを計画書配布及び運営会議、責任者会議、職員会議、委員会等にて明確に伝えている。</p> <p>・介護において、認知症対応、排泄ケアなど技術の向上への取組を専門業界とともに研修を共に実施している。</p> <p>・計画についての評価すべく反省会を開催し、関連専門職にも意見を求め、職員教育・研修計画を今後に反映されるようにしている。</p>
b)	組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	○	
c)	組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	○	
II-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	19	<p>■個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。</p> <p>■新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。</p> <p>■階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。</p> <p>■外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。</p> <p>■職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。</p>
a)	職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	○	<p>新人研修は、座学とOJTを用いた研修と評価を行っている。施設内研修（テーマ別）キャリアアップ研修など積極的に開催し、教育や研修の場を設けている。各委員会内やユニット研修でもそれぞれの現場にあった勉強会を実施している。</p> <p>また、外部研修についても、自己研鑽出来るように、施設内パソコンの共有フォルダーにて法人への様々な研修案内を職員が随時閲覧出来るようにしている。</p> <p>さらに、資格取得への支援に力を入れており、介護福祉士、介護支援専門員の取得へのバックアップ体制も確立している。</p>
b)	職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	○	
c)	職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	○	<p>重度化にともない、ほとんどの職員に応急普及員や普通救命についての講習の受講の支援を行っている。</p>

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成が適切に行われている。

II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関する専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	20	<p>■実習生等の福祉サービスに関する専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。</p>	
a)	実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	○	<p>■実習生等の福祉サービスの専門職の教育・育成についてのマニュアルが整備されている。</p> <p>■専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。</p>	<p>実習生に関しては、学校の教員と話し合い、福祉サービスに係る教育・育成についての基本姿勢を確認しあっている（学校側として基本姿勢やマニュアルは明文化しており、あわせた内容で実施）</p> <p>実習生の受け入れ期間について、事業所側も計画をたて、各専門職からの指導も交えて実習している。</p> <p>実習指導者研修を受けた職員が、総担当している。</p> <p>毎年計画的に、実習指導者研修を受講し専門性を高めている</p>
b)	実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。		<p>■指導者に対する研修を実施している。</p> <p>■実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。</p>	
c)	実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成について体制を整備しておらず、教育・研修が行われていない。			

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

項目	評価	評価の着眼点	特記事項（評価の根拠）
II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	21	<p>■ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報等は、ホームページはじめ窓口への設置している。北九州市への現況報告書も施設ホームページにて公表している。また、評議員、理事には地域の方からも選任されており、適切な情報公表に努めている。 ・地域の福祉向上として、相談窓口利用を可能としている。また、地域住民参加型研修を開催し、相談コーナーを設け必要時には随時対応している。地域住民への福祉知識向上にと心肺蘇生セミナー・認知症セミナー・お薬セミナーなどを実施している。 ・法人にて受審した、第三者評価結果はホームページへ掲載し公表する予定。 ・苦情・相談の体制及び発生内容について評議会、理事会へ報告し、その事業報告書は窓口へ設置公表している。 ・法人の理念、基本方針等について、社会的存在意義を認識し、定款や運営方針、事業展開等において明確に示し法人及び福祉施設としての役割を果たすべく職員一同努力している。 ・町内会（組長会）にて施設の行事案内を配布したり、回覧板にて案内をおこなっている。
a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	○	<p>■福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。</p>	
b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。		<p>■第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。</p> <p>■法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするよう努めている。</p>	
c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。		<p>■地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。</p>	
II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	22	<p>■福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規定等をはじめ事務処理は、経理規定、就業規則の規定事項に則り手続きすることが周知されている。
a) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	○	<p>■福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。</p> <p>■福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・職務権限規定に明記され、経理規定第12章契約に取引関係が明記され、対応を周知確認している。 ・事業発生時には、複数のその専門家へ相談し、必要な際には北九州市から助言を頂いている。 ・毎月、決算、事務処理相談を会計顧問税理士事務所により実施し、経理処理の確認をしている。 ・事務処理について施設経理に精通した監査により監査され、経営改善や処理についての助言や意見を頂いている。
b) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われているが、十分ではない。		<p>■福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。</p> <p>■外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・以前に第三者評価を実施した。その後は北九州市監査実施のみであったが、今回第三者評価を受審し全国統一項目による視点での評価を実施する。
c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。		<p>■外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。</p>	

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 運地域との関係が適切に確保されている。			
項目	評価	評価の着眼点	特記事項（評価の根拠）
II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	23	<ul style="list-style-type: none"> ■地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。 □活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。 □利用者の個別の状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。 ■福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。 ■利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。 	<p>地域との関わりについては、事業計画書の中に必ず文書化している。 藤原地区の老人会への参加、お月見会、新年会などの招待を受け、参加できる体制をとっている。 ボランティアにおいては、地域の民生委員の方や住民の方に来苑していただき、利用者とのコミュニケーションやレクリエーションを実施協力を得ている。 利用者は近くのお店に買い物や食事に出掛けている。また、必要な時は病院に受診を行っており、社会資源の活用をしている。</p>
a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。			
b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	○		
c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。			
II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	24	<ul style="list-style-type: none"> ■ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。 ■地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。 □ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。 ■ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。 ■学校教育への協力をしている。 	<p>ボランティアの受入れマニュアル作成、地域の学校教育への協力をしている。 実習・ボランティア委員会事業計画書、要綱に記載 地域のボランティア（傾聴ボランティア）と定期的に会議を行い、情報交換を行うなどしている。 藤原ボランティアの会、会議記録に記載している。</p>
a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されおり、受入れについての体制が整備されている。			
b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	○		
c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。			
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	25	<ul style="list-style-type: none"> ■当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。 ■職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。 ■関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 ■地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。 ■地域に適当な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。 	<p>関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。（行政、町内会、病院、公共機関等） 町内会とも連携を図り、災害時の協定を組んでいる。地域のお店にも買い物を利用している。 認知症ケアに関しては、s 地域の徘徊ネットワークと勉強会を行うと同時に協力体制図っている。 また、北九州高齢者福祉事業協会や社会福祉協議会等との連携を図り、他事業所とも協力しあい、取り組みも行っている。（地域貢献事業、お祭りの参加等） 職員会議等でも職員に説明、報告、協力依頼を実施している。</p>
a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要な機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	○		
b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要な機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。			
c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要な機能や連絡方法を体系的に明示していない。			

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	26	<p>■福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。</p> <p>○ ■福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。</p> <p>■福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。</p> <p>■災害時の地域における役割等について確認がなされている。</p> <p>■多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域交流として、地域住民参加型研修・講演会、納涼祭を開催、地域交流会、地域バザー開催への参加をチラシ配布、町内常会等にて案内を実施。講師は職員及び外部から専門家を招くなどして、力を入れている。また、地域ボランティア会議や地域へ施設会議室の利用提供をしている。 開催時には、相談コーナーを設け、必要時には随時対応している。（心肺蘇生セミナー・初期消火等体験セミナー・認知症セミナー・お薬セミナー・近隣地区交流会時バザー・出展・老人会バスハイク時ナース付添い他） ・地域避難場所、福祉施設職員派遣の登録をおこなっている。施設では、災害を想定した防災訓練を実施している。 ・北九州市の街一斉美化運動活動をおこない、苑外清掃は毎月実施している。 ・地域の安全性、防犯性を高める為に夜間には常時外灯を照らしている。また、地域と地域防災協定を締結している。
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	27	<p>■福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>○ ■民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>■地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。</p> <p>■関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>■把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。</p> <p>■把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。</p>	<p>北九州高齢者福祉事業協会に加盟しており、各種委員会にスタッフが参加。地域との交流を図り、地域の福祉ニーズを把握している。地域の民生委員にはボラティアとして来ていただいている、話し合いも行っている。各福祉サービスの事業所とも連携を図り、意見交換を実施（次世代委員会、各職種別委員会）</p> <p>地域での夏祭り、バスハイク等にもスタッフが参加し高齢者に対するサポートを実施。事業計画書に、毎年度計画をして実施している。</p> <p>地域との応援協定を結んでいる。火災又は地震などが発生した場合、町内会ともみじ苑が相互に協力して、その機能を最大限に発揮し、救出・救護活動などを実行する。</p> <p>八幡西区を拠点とした「検索ネットワーク」に検索協力の登録をしている。徘徊者検索を実施している。</p>
III-1-(1)	利用者を尊重する姿勢が明示されている。	28	<p>■理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</p> <p>○ ■利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</p> <p>■利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。</p> <p>■利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。</p> <p>■利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。</p>	<p>事業計画書等に理念や基本方針を明示し、利用者を尊重した福祉サービスの実施について、事業所別会議にて職員に伝達。職員が理解し実践するための取組を行っている。（事業計画書等）</p> <p>利用者の尊重や基本的人権への配慮について、「倫理綱領」や規程等に明文化し、組織で勉強会・研修を実施し職員が理解し実践するための取組を行っている。（研修報告書等）</p> <p>また身体拘束や虐待防止についての勉強会も定期的に実施している。</p> <p>利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する基本姿勢はマニュアルに明文化されている。</p>

III 適切な福祉サービスの実施

III-1 利用者本位の福祉サービス

III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。				
項目		評価	評価の着眼点	特記事項（評価の根拠）
III-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつたための取組を行っている。	28	<p>■理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</p>	<p>事業計画書等に理念や基本方針を明示し、利用者を尊重した福祉サービスの実施について、事業所別会議にて職員に伝達。職員が理解し実践するための取組を行っている。（事業計画書等）</p>
a)	利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつたための取組が行われている。	○	<p>■利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</p>	<p>利用者の尊重や基本的人権への配慮について、「倫理綱領」や規程等に明文化し、組織で勉強会・研修を実施し職員が理解し実践するための取組を行っている。（研修報告書等）</p>
b)	利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつたための取組は行っていない。		<p>■利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。</p>	<p>また身体拘束や虐待防止についての勉強会も定期的に実施している。</p>
c)	利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。		<p>■利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。</p>	<p>利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する基本姿勢はマニュアルに明文化されている。</p>

III-1-(1)-② a) b) c)	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	29 ○	<p>■利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。</p> <p>■利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。</p> <p>■利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。</p> <p>■一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている。</p> <p>■利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。</p> <p>■規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。</p> <p>□不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。</p>	<p>利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアルなどがあり、職員の理解を得る為に施設内研修を実施している。</p> <p>利用者の身体拘束・虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等もあり勉強会も行っている。（施設内研修記録、ユニット会議録）</p> <p>利用者のプライバシーを守れるよう、居室内のカーテン、トイレのカーテン使用、状況よりパーテーションの設置をしている。</p> <p>家族会実施にて、利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。</p> <p>規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスの実施。</p>
-------------------------------	--	---------	--	--

III-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。

III-1-(2)-① a) b) c)	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	30 ○	<p>■理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。</p> <p>■組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。</p> <p>■福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にていねいな説明を実施している。</p> <p>■見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</p> <p>■利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・理念や基本方針、事業計画やサービス提供について、施設入口への設置、掲示、ホームページ閲覧、パンフレット、公共情報提供への提供をおこない、誰もが施設を知り得るようにしている。 ・施設建物や生活環境の写真、また施設案内図をそれぞれに掲載している。 ・また、様々な入所に関しての不安を解消すべく相談、質問に応じている。 ・利用希望者への情報提供は、パンフレットをはじめ重要事項説明、利用にあたっての説明を文書化し、適宜見直し更新している。 ・理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料は、適宜見直しをおこない、公共施設等の多くの人が入手できるように施設入口玄関に置いている。 ・施設内見学希望者は、随時対応しており、納涼祭などの行事には、見学を兼ねて参加案内をチラシ配布や地域（自治区会）へ案内をしている。
III-1-(2)-② a) b) c)	福祉サービス開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	31 ○	<p>■サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。</p> <p>■サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。</p> <p>■説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいよう工夫や配慮を行っている。</p> <p>■サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。</p> <p>■意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。</p>	<p>入所時に、重要事項説明（相談窓口）や入苑のご案内（しおり）で説明をおこない、重要事項説明書をご家族に手渡している。また、玄関や特養廊下に掲示している。</p> <p>入所前の本人・家族との面接の際にサービス内容について意向を聴きとり、ケアプランを立案し、入所時に説明、同意を得ている。（同意書）</p> <p>利用開始・変更時等には必要に応じ、検査結果データを提示し説明したり、専門的な事について各専門職から個別に説明してもらうなどしている。また、説明時には出来るだけ略語等使用せずわかりやすい言葉へ言い換えるなどの配慮をしている。</p> <p>サービス開始・変更時には同意を得た旨、サービス計画書に記載している。</p> <p>意思決定が困難な利用者については代理人を立てるなどの配慮を行っている。</p>
	福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っている。			

III-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	32	
a)	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮している。		<p>■福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から善しい変更や不利益が生じないよう配慮されている。</p> <p>□他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。</p>
b)	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。	○	<p>■福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。</p> <p>□福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。</p>
c)	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮していない。		

III-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

III-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	33	
a)	利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	○	<p>■利用者満足に関する調査が定期的に行われている。</p> <p>□利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。</p>
b)	利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。		<p>■職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。</p> <p>■利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。</p>
c)	利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。		<p>■分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。</p>

III-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

III-1-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	34	
a)	苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	○	<p>■苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。</p> <p>■苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。</p> <p>■苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。</p>
b)	苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。		<p>■苦情内容については、受付と解決を図った記録が適切に保管している。</p> <p>■苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。</p>
c)	苦情解決の仕組みが確立していない。		<p>■苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出した利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。</p> <p>■苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。</p>

III-1-(4)-②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	35		<ul style="list-style-type: none"> ■利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。 ■利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。 ■相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入所時に、重要事項説明書（相談窓口の設置）や入苑のご案内（しおり）で説明おこない相談や意見のある際は、遠慮なく相談して頂くよう説明している。 ・入所後も利用者や家族に対し困った事や心配な事は遠慮せずに生活相談員や現場責任者に相談して頂くよう継続的に声掛けをおこなっている。 ・特に入所して間もない利用者には、困った事や心配事はないかなどの声掛けを心掛けている。 ・面接時より窓口で担当している生活相談員との関係性から、引き続き相談窓口として関わりを持ってもらっている。 ・特養エレベータ前に意見箱を設置し、誰でも投函できるようにしている。 ・北九州市福祉協議会より派遣された介護サービス相談員が月に1回、来苑し一人ひとりに声かけをおこない、相談を受けている。 ・1階に談話コーナーを設けている。
III-1-(4)-③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	36		<ul style="list-style-type: none"> ■相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 	
a)	利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	○		<ul style="list-style-type: none"> □対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・相談や意見などがあった場合は、聞き取った職員が独自で対応する事なく、現場責任者に直ぐに報告、生活相談員や施設長を含め迅速に対応できる仕組みを作っている。 ・その場で対応できる事に対しては、その場で回答。相談内容が深刻な場合は傾聴し報告書や記録に残し検討をおこない、できるだけ早く本人もしくは家族に結果を報告している。 ・貴重な意見などのについては、福祉サービスの質の向上に繋げる取り組みをおこなっている。
b)	利用者からの意見や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。	○		<ul style="list-style-type: none"> ■職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 	
c)	利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。	○		<ul style="list-style-type: none"> ■意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 ■職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 ■意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に繋がる取組が行われている。 	
III-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。					
III-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	37		<ul style="list-style-type: none"> ■リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメント委員会を設置している。 ・事故発生時のマニュアルを作成し、発生した全ての事故について事故報告書、ヒヤリハット報告書をあげ、要因、対応策を現場検証などをおこなったうえでケア会議を開催し、利用者が安心かつ安全に生活が送れるよう、事故再発防止に取り組んでいる。 ・又、起きた事故に対して全職員に周知するため報告書のコピーを各ユニットに配布し対応策の周知を図っている。 ・事故再発を防止するために、ほぼ毎月委員会を開催し、前月起きた事故に対し対応策が実行されているかを委員で再確認している。 ・身体拘束、虐待防止、事故再発防止についての研修会を年に2回必ず実施し、職員の専門性を高める努力をしている。また、新人職員については入職後、出来るだけ早い時期に新人研修を実施している。
a)	リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	○		<ul style="list-style-type: none"> ■事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。 ■利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。 	
b)	リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	○		<ul style="list-style-type: none"> ■収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。 ■職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 	
c)	リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	○		<ul style="list-style-type: none"> ■事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。 	
III-1-(5)-②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	38		<ul style="list-style-type: none"> ■感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 	<ul style="list-style-type: none"> 感染予防委員会を設置。（毎年要綱に責任者やメンバーを記載）それぞれの役割分担をマニュアルに記載している。 地域の感染症の動向を産業医又はネットで確認し、情報共有を図っている。 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。
a)	感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	○		<ul style="list-style-type: none"> ■担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。 	<ul style="list-style-type: none"> 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。
b)	感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	○		<ul style="list-style-type: none"> ■感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。 	<ul style="list-style-type: none"> 感染症が発生した時には、高熱者はインフルエンザを疑い、蔓延防止のため静養室に移動し対応。嘱託医の指示を受けている。 委員会で定期的にマニュアル等の見直しを行っている。
c)	感染症の予防策が講じられていない。	○			

Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	39	<p>■災害時の対応体制が決められている。</p> <p>■立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。</p> <p>■利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。</p> <p>■食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。</p>	事業所においては災害対策及び防災対策については、マニュアルの作成を行い利用者の安全確保に努めている。 防災訓練については年間6回の計画に沿って確実に実施している。 避難訓練（夜間想定、昼間想定）の実施。地震想定の訓練も実施。 非常食や水の備蓄等おこなっている。
a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	○	□防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。	
b) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。			
c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。			

III-2 福祉サービスの質の確保

III-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
項目	評価	評価の着眼点	特記事項（評価の根拠）
III-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	40 ○	<ul style="list-style-type: none"> ■標準的な実施方法が適切に文書化されている。 	介護業務マニュアルに標準的な実施方法が記載されており業務マニュアルは介護職員がいつでも確認出来るよう介護職員室前に設置。職員研修会やユニット会議等で周知を図っている。(介護マニュアル・ユニット会議録・法人内研修記録)
a) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 	
b) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。		<ul style="list-style-type: none"> ■標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 	
c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。		<ul style="list-style-type: none"> ■標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 	
III-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	41 ○	<ul style="list-style-type: none"> ■福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 	介護マニュアルに福祉サービスの標準的な実施方法が記載されている。個別の項目の見直しについては、各委員会、フロア会議、ユニット職員会議、ケアプラン会議にて必要に応じ見直しがなっている。
a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。 	
b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。		<ul style="list-style-type: none"> ■検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。 	ケアプラン作成時に見直し点を個別の福祉サービスプランに反映させている。(サービス計画書・ケア表に記載)
c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。		<ul style="list-style-type: none"> ■検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。 	
III-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。			
III-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	42 ○	<ul style="list-style-type: none"> ■福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。 	
a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。 	
b) b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。		<ul style="list-style-type: none"> ■部門を横断したさまざまな職種の関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。 	包括的自立支援プログラムを使用しアセスメントを実施。サービス担当者会議に各専門職や利用者が参加しサービス計画について検討し、サービス実施計画に反映している。(サービス担当者会議の要点) モニタリング評価表にて福祉サービスが実施されているか確認、評価している。 支援困難ケース発生時にはフロア会議にて対応策を検討し、実施している。
c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立していない。		<ul style="list-style-type: none"> ■福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。 	

III-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	43	<p>■福祉サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。</p> <p>■見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</p> <p>□福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</p> <p>■福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に關わる課題等が明確にされている。</p>	
a)	福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。			
b)	福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	○		
c)	福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。			

III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

III-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	44	<p>■利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。</p> <p>■サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。</p> <p>■記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。</p> <p>■組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。</p> <p>■情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。</p> <p>■パソコンのネットワークシステムを利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。</p>	<p>利用者の身体状況や生活状況等やサービス実施計画の実施状況は個人記録に記録されている。</p> <p>介護マニュアルに記録の書き方を記載し指導している。個人記録は部署責任者等へ回覧され共有化を図っている。</p>
a)	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	○		
b)	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。			
c)	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。			
III-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	45	<p>■個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。</p> <p>■個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。</p> <p>■記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>■記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。</p> <p>■職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</p> <p>■個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護規定並び特定個人情報取扱規定において個人情報に関する基本規定、文書等管理規則、基本規則、基本方針、個人情報の利用目的を定め、個人情報に関する誓約書を職員及び委託事業者から提出をしてもら正在周知している。また、ご利用者からは個人情報の使用に關わる同意書提出をいただいている。 ・文書の保存管理は、法令や条例等に則り法人若しくは事業所にて必要な場合には施錠書庫にて保管、廃棄を規定に従い適宜おこなっている。 ・職員への就業規則等の禁止行為に違反した際には、それらに定められた制裁処分をすることとしている。また、必要時には第三者委員会を設置し対応をおこなう。
a)	利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。	○		
b)	利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。			
c)	利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。			

【自己評価・個別評価項目】

施設名：
特別養護老人ホーム もみじ苑

A-1 個別サービスの提供

【A-1-(1) 利用者に対する食事の提供】			
項目	評価	評価の着眼点	特記事項（評価の根拠）
A-1-(1)-① 食事を楽しめるような工夫を行っている。	46	<ul style="list-style-type: none"> ■食材に旬のものを使用するなど、献立に変化をもたせるよう工夫している。 ■料理にあった食器を使ったり、盛り付けの工夫をしている。 ■利用者の状況に応じた、食堂の雰囲気づくりを工夫している。 ■食事に選択性を取り入れる工夫をしている。 ■計画的に行事食及び選択食方式を実施している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・献立に季節の物を使用したり、毎月行事食を提供したりと季節感を味わって頂けるよう配慮している。料理に合わせて食器を選び、特にミキサーやペースト食では彩りを大切にした盛り付けを行っている。 ・セレクメニューを週1回程度提供し、利用者の好みに応じてご飯と麺を選択制にして提供している。希望があればパンの提供を行っており、パン朝食も実施している。 ・食事環境については、食事時間に音楽を流し、穏やかな気持で食事を召し上がって頂けるよう工夫を行っている。行事の際には、テーブルクロスをかけ、テーブル花を設置するなどし雰囲作りをおこなっている。 ・温冷機能付きの配膳車を使用し、適温提供を行っている。温冷機能付きでないものに関しては、提供直前まで温蔵庫や冷蔵庫に入れて適温提供できるよう配慮を行っている。 ・各部署に1週間、または1ヶ月毎に献立を配布し、掲示を行っている。利用者やご家族にも献立の配布を行っている。
a) 食事を楽しめるような工夫を行っている。	○		
b) 食事を楽しめるような工夫を行っているが、十分ではない。			
c) 食事に関して、特に工夫は行っていない。			
A-1-(1)-② 定期的にメニューを見直すシステムができていて、機能している。	47	<ul style="list-style-type: none"> ■聞き取り調査等を行い、利用者の声をメニューに反映しているか。 ■毎食時、残食調査を行い、適宜、メニュー構成に反映させている。 ■旬の物を多く取り入れ又は冷凍品の使用について配慮している。 ■郷土感や季節感のあるもの等食事メニューの工夫をしている。 ■定期的にメニューを見直す検討会が開催されており、利用者の声、嗜好、食事介助に携わる職員の意見が反映される等、改善に向けた取り組みがなされている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・嗜好調査を年1回、残食量の調査を毎食後に行い、利用者の好みの把握に努め献立に反映させている。 ・定期的に厨房会議や食事委員会を開催し、利用者の嚥下などの状態把握や献立について話し合いの場を設け、職員からの意見を取り入れている。ケアプラン会議においても専門職と共に利用者の状態や嗜好に合わせた食事を提供できるよう食事内容を検討し、随時対応を行っている。 ・毎食時検食を実施し、献立通りに食事がされているか確認を行っている。検食簿の内容は厨房職員で共有し、食事の改善に努めている。
a) 定期的にメニューを見直すシステムができていて、機能している。	○		
b) 定期的にメニューを見直すシステムができているが、十分ではない。			
c) 定期的にメニューを見直すシステムはない。			

A-1-(1)-③	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状態に応じて行っている。	48	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の嚥下能力に合せた飲み込みやすい食事（形状や調理方法）を工夫して提供している。 ■利用者自身で行える範囲を把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。 ■できる限り利用者のペースで食べられるように工夫するとともに、利用者の身体に負担がかからないよう配慮している。 ■嚥下しやすいようにできるだけ座位をとるなど、利用者の食事中の姿勢に常に配慮している。 ■誤嚥、喉につまつたなど食事中の事故について、対応方法を確立し、日頃から確認、徹底している。 ■食事、水分の摂取量を把握し、食事への配慮、水分補給を行っている。 ■栄養士や医療スタッフ等と連携し、利用者の心身の状況に合わせ、栄養面・形態に配慮した食事を提供している。 ■経口での食事摂取が継続できるようにするための取組を行っている。 ■利用者一人ひとりの栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成し、それに基づく栄養マネジメントを実施している。 ■発熱、歯痛等の突発的な状況に対応した食事を提供している。 ■利用者個人のペースに合わせ、食事時間をずらすことができる。 ■テーブル、椅子、食器等が各利用者の身体にあっているかを定期的に見直している。 ■利用者の身体状況に合わせた食事介助が行われている。 ■利用者の嚥下・咀嚼機能、摂取動作、摂取量等、摂取状況に応じた食事形態になっているか等検討、工夫が行われている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・嚥下機能の低下みられる利用者が多い為、嚥下のしやすい食材を選び、食べやすい大きさに切ったり、圧力をかけて柔らかくしたりと工夫して提供している。 ・利用者の身体状態に合わせて自助具や特殊食器、ゴムマットなどを使用し、できる限り自分で食事の摂取できるよう支援行っている。また、食器だけでなくテーブルについても、高さの調節など行っている。 ・食事中の姿勢について、全員離床時にシーティングを実施している。誤嚥のリスクが高い利用者には食事前に再度シーティングを行い、安全に食事できるよう配慮している。 ・誤嚥時の対応など、緊急時対応についての医療的な研修を年1回実施している。また、救急応急手当についても毎年実施しており、全員参加している。 ・食事の喫食量と水分摂取量について記録簿をついている。その記録や体重、血液データなどから利用者の状態を把握し、栄養ケア計画を作成。専門職と協同し、提供している食事が利用者の状態に合っているか、形態や食事量について定期的に見直し行っている。また、食事介助についても専門職で連携し利用者の状態にあった介助方法を検討し実施している。 ・経口での食事摂取が維持できるよう歯科医師の指示のもと経口維持計画を作成している。経口維持計画の対象外の利用者に関しては嚥下の状態に応じ、食事形態や食事提供方法を隨時検討している。 ・食事時間について、利用者の気持ちは体調によって食事の取り置きを行っている。食事時間外であっても状況に応じ、簡単な食事の提供をしている。 ・医師の指示に基づき、利用者の症状に応じた療養食の提供を行っている。
a)	食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○		
b)	食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。			
c)	食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。			
A-1-(1)-④	食事について利用者の要望、希望を取り入れるよう努力している。	49	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の希望や好みを聞き、献立に反映させている。 ■居室へ配膳すると際も保温に配慮している。 ■外注や持ち込みの食事を摂ることができる。 □晩酌等を楽しむことができる。 ■座る人や一緒に食べる人について利用者の意向を聞き、テーブルや配置を配慮している。 ■利用者の希望を取り入れられない場合、その理由を説明し、利用者の納得のうえ代替のものを準備する等、柔軟な対応ができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・嗜好調査や聞き取りを実施し、その結果を食事に反映させている。パンや麺など好みに合わせ提供行っており、その他の食品に関しても利用者の嫌いなものは代替品を提供するなどできる限り利用者の希望を取り入れるよう努力している。 ・体調などにより居室に食事配膳する際は、厨房で取り置きし保温行っている。 ・持ち込みの食事について、家族からの差し入れなどある際には差し入れの提供を行っている。 ・晩酌について、現在は体調面の問題があり、お酒を提供している方はいないが、行事の際にはお酒の提供を行っている。
a)	食事について利用者の要望、希望を取り入れるようにしている。			
b)	食事について利用者の要望、希望を取り入れるよう十分に努力している。	○		
c)	食事について利用者の要望、希望を取り入れていない。			

【A-1-(2) 利用者に対する入浴の提供】

A-1-(2)-①	入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合せて行っている。	50	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の心身の状況や意向に合わせ、入浴形態・方法を採用し、入浴介助や清拭等の方法を工夫している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴前には看護師がバイタルチェックを行い、健康状態を観察し入浴の可否、清拭等の判断を行い入浴台帳にチェックする。入浴台帳を確認後入浴を実施する。（入浴台帳） ・利用者の身体の状況に合わせ、機械浴、リフト浴、一般浴を実施している。（入浴台帳） ・新人職員には中堅職員が付き、安全な入浴介助について説明行っている。 ・入浴マニュアル、手順書に基づき安全な介助を心がけている。（入浴マニュアル浴室内に掲示） ・脱衣所には温度計設置し室温管理行っている。 ・入浴前に湯温計にて温度確認行い、介助者が適温か確認した後利用者に確認してもらい調節している。 ・利用者の健康状態や都合により入浴日は変更している（入浴台帳、看護日誌、個人記録） ・毎日入浴を希望する利用者には意向に沿って入浴を実施している。（サービス計画書、入浴台帳） ・シャワーチェア、車椅子型シャワーチェア、取り付け型手すり等の介護機器を用意している。 ・自力で入浴できる利用者にも必ず職員が見守りを行い、浴槽の出入りは特に注意して側に付き添い、歩行時は手引き歩行行っている。 ・感染症の利用者は、最後の入浴もしくは、午後から入浴行っている。（入浴台帳） ・入浴後は皮膚の状態によって保湿剤や軟膏にてスキンケア行っている。（個人持ちの保湿剤もあり）（処置表） ・入浴後には、必ず水分補給をおこない脱水等の予防に努めている。（チェック表） ・入浴を拒否する利用者には声掛けを工夫し、難しい場合は時間をずらしたり、入浴日の変更も行っている。認知症による入浴拒否の場合、認知症ケアに基づいての対応を話し合い実施している。（個人記録、ユニット会議記録）
A-1-(2)-②	入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	51	<ul style="list-style-type: none"> ■入浴の誘導や介助にあたっては、利用者の尊厳や羞恥心に配慮し、環境・介助方法等の工夫を行っている。 	
a)	入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■脱衣は必ず、ドアやカーテンを閉めた浴室内の脱衣所で行われている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・脱衣後は必ずバスタオルを身体に掛けている。 ・手術痕がある利用者には配慮して入浴中もタオルを掛けている。 ・脱衣所内や浴室内が見えないようにカーテンを閉めている。 ・利用者の自尊心を傷つけない言葉かけや対応を心がけている。（入浴マニュアル） ・希望により同性職員による入浴介助を選択できる。
b)	入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っているが、十分ではない。		<ul style="list-style-type: none"> ■数種類の入浴設備が設けられ、利用者の状態や希望に応じた入浴が可能である。 	
c)	入浴に関して、特に配慮は行っていない。		<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の希望により、同性職員による入浴介助を選択できる。 	

【A-1-(3) 利用者の適切な排せつ管理】			
A-1-(3)-①	排せつの介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	52	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排せつ介助の方法を工夫している。 ■排せつの自立に向けた働きかけをしている。 ■必要に応じ、尿や便を観察し、健康状態の確認を行っている。 ■利用者が気兼ねしないように手際よく、必要に応じて声かけを行いながら介助している。 ■冬場のトイレの保温に配慮している。 ■トイレ内の転倒、転落を防止する等、排せつ介助を安全に実施するための取組を行っている。 ■自然な排せつを促すために、排せつのリズムの把握、適度な運動、食事改善・水分摂取等に配慮している。
a)	排せつの介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄委員会を設置し、利用者の身体状況を踏まえ排泄に関する問題点や改善策を話し合い排泄ケアを実施している。（排泄委員会会議録） ・排尿量の測定実施。トイレ内で排泄が行えるようトイレ誘導行っている。 ・パット交換、トイレ誘導時は尿・便・皮膚の観察行っている。 ・排泄マニュアルの提示（排泄マニュアル）・個別の排泄アセスメント作成（アセスメント表） ・冬は暖房便座を使用している。 ・トイレ座位時転倒のリスクがある利用者は羞恥心に配慮を行い見守り行っている。
b)	排せつの介助を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。		<ul style="list-style-type: none"> ■おむつ・おむつかバー、便器等は、利用者に適したもののが使用できるよう準備している。 ■おむつ交換を行う際には、皮膚の観察、清拭等を行っている。 ■尿意、便意の訴えやおむつ交換の要望に対して、できる限り早く対応できるようにしている。 ■トイレ誘導の時間は一律ではなく、個人ごとにタイミングを計って誘導している。 ■排せつの自立を促す利用者の個別性に応じた個別ケア計画がたてられている。 ■尿意や便意のある利用者には、おむつを使っていてもトイレやポータブルトイレの排せつを配慮している。
c)	排せつの介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。		<ul style="list-style-type: none"> ■排せつ用具の使用方法を熟知しており、利用者の心身の状態に合わせ、常に見直しを行い、その効果を確認している。 ■尿意、便意の有無、排せつ誘導のタイミング、排せつ介助時の注意点等、スタッフ間で周知されており、適切な対応ができる。 ■利用者の心身の状態に合わせ、使いやすいトイレの構造（便座の高さ、手すりの位置、排せつ用具の使用等）を工夫している。 ■トイレの環境整備、設備の点検を行い、改善のための検討が定期的に行われている。 ■排せつ介助、声かけ、排せつ用具の活用等に利用者の声、介助するスタッフの意見が反映されている。
A-1-(3)-②	排せつに関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	53	<ul style="list-style-type: none"> ■排せつの誘導や介助にあたっては、利用者の尊厳や羞恥心に配慮し、環境・介助方法等の工夫を行っている。
a)	排せつに関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■トイレ（ポータブルトイレを含む）は衛生や臭いに配慮し、清潔を保持している。 ■排せつの方法やトイレの構造について、利用者の意向を尊重して行っている。
			<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体状況に合わせポータブルトイレ使用（現在は夜間のみ使用している。） ・排泄毎に排泄物を処理し最終ポータブルトイレ座位後は洗浄・消毒行い清潔保持に努めている。

b) 排せつに関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っているが、十分ではない。		<ul style="list-style-type: none"> ■ベッドでのおむつ交換時やポータブルトイレ使用時には、周囲のカーテン等を必ず閉めている。 ■利用者の希望により、同性職員による排せつ介助を選択できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・各ベッド周りに設置してあるプライベートカーテンを使用し羞恥心に配慮行っている。 ・各ユニットに男性・女性職員を配置しており、希望があれば同性職員の介助を選択できる。
c) 排せつに関して、特に配慮は行っていない。		<ul style="list-style-type: none"> ■ポータブルトイレは使用後、速やかに片付けている。 	

【A-1-(4) 利用者の移乗の確保】

A-1-(4)-①	利用者の意思に基づいた移乗の支援を行っている。	54	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている。 ■移乗、移動の自立に向けた働きかけをしている。 ■移乗・移動の介助の安全な実施のための取組を行っている。 ■移動に介助が必要な利用者が移動を希望した際に、できる限り早く対応できるようにしている。 ■移乗、移動している本人だけでなく、他の利用者の安全にも配慮している。 ■日中はベッドから下り、自由に活動できるよう職員が支援している。 ■利用者の障害に応じて必要な器具（車椅子・杖等）が用意されている。 ■利用者の意思に基づき、移乗の支援を行い、移乗後の活動支援へと展開している。 	<p>利用者の身体状態に合ったケア方法を提示しケア表に反映。</p> <p>移乗に関しては、ご利用者の身体機能や既往歴などの身体状況に合わせて、移乗方法を検討し介護職員と協同し実施。</p> <p>移乗時は利用者が理解できるように声かけし、自分の力で出来るように促している。</p> <p>利用者の寝つきを防ぎ、利用者に合った車椅子の使用をしており、離床時間を設けている。</p> <p>ボードやシートやグローブを使用し、利用者や職員ともに負担のないケア方法を学び実施している。</p> <p>また、安全面に配慮して2人介助で福祉用具を使用している。</p> <p>リハビリ委員会を設置しており、定期的に移乗方法やポジショニングなどの勉強会を実施している。また、ご利用者の身体状況の変更に伴って車椅子の変更や移乗方法の検討を行っている。</p>
a) 利用者の意思に基づいた移乗の支援を行っている。		○		
b) 利用者の意思に基づいた移乗の支援を行っているが、十分ではない。				
c) 利用者の移乗に関して、特に配慮は行っていない。				

【A-1-(5) 利用者の整容の確保】

A-1-(5)-①	利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っている。	55	<ul style="list-style-type: none"> 口寝間着と日常着が区別されている。 ■画一的な髪型ではなく、利用者の意向に合わせ、その人らしい髪型、衣服等が配慮されている。 ■口腔ケア、整容等が毎日実施されている。 ■季節等にふさわしい衣服への着替えが実施されている。 ■衣服が汚れたときに速やかに着替えをさせる。 ■衣服の破損（ボタンのはずれ、ファスナー故障等）が生じた場合、速やかに対処できている。 ■活動状況、外出等、目的にあった衣服、髪型、身だしなみに配慮されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意向を聞き、着たい服を選択できるようにしている。（個人記録・サービス計画書） ・月に2日間理髪の日がある。 ・入所前に家族・本人の意向を確認し、希望時にカット・カラー・パーマ・顔そり等行っている。（理髪台帳） ・衣類が食べこぼしなどで汚れている際は、速やかに着替えを行うようユニット会議、引継ぎ時等で呼びかけているが十分でない事がある。 ・身体状況や季節に合わせた衣類が着用できるよう家族と情報交換を行い必要な物を依頼している。 ・衣類が破損した場合は家族へ報告し補修を依頼している。必要であれば職員が補修する事もある。
a) 利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っている。				
b) 利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っているが、十分ではない。		○		
c) 利用者の整容等に関して、特に配慮は行っていない。				

【A-1-(6) 個々の生活、障害に合わせた介護】				
A-1-(6)-①	個々の生活、障害に合わせた介護を適切に行っている。	56		<p>■個別ケアは計画を作成する際に、実際の対応を想定して具体的な計画を立てている。</p> <p>■各利用者の課題や生活障害の内容及び対応が職員間で情報共有されている。</p> <p>■特に配慮が必要な利用者の介護方法について、定期的に関係職種間カンファレンスを行い、協議している。</p> <p>■行動障害の原因やパターン、危険性を理解した上で観察と分析を行い、適切な対応に取り組んでいる。</p> <p>■ケアプランが策定されている。</p> <p>■利用者の生活、障害レベルに応じた介護が提供できるよう介護技術向上に向けた取組がなされている。</p>
a)	個々の生活、障害に合わせた介護を適切に行っている。	○		<p>身体の障害に対しては、専門職（リハビリ職）とともに評価し、個々の障害にそったケア方法を確立。ケア表には、利用者の個々の支援状態（24時間計画と食事排泄等ADLや心身状態にあわせた内容）を記載している。</p> <p>行動障害のパターン等の把握のため、24時間シートを使用し観察、分析把握努めている。</p> <p>具体例：帰宅願望の強い利用者に対しては、どのような時に、どのような事がきっかけで帰宅願望が出現するのか、どのような対応をすれば帰宅願望が改善するのかなどを24時間シートに記録し分析し、原因や対応策をフロア会議で検討、チームでアプローチ方法を決定しケアに活かしている。</p>
b)	個々の生活、障害に合わせた介護を行っているが、十分ではない。			法人内研修や法人外での研修会への職員参加や介護福祉士資格取得にて介護技術向上を行っている。
c)	特に配慮は行っていない。			
A-1-(6)-②	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	57		<p>■利用者の日常生活能力、残存機能の評価を行っている。</p> <p>■周辺症状を呈する利用者には、一定期間の観察と記録を行い、症状に合わせたケアや生活上の配慮を行っている。</p> <p>■あらゆる場面で、支持的、受容的な関わり、態度を重視した援助を行っている。</p> <p>■利用者が日常生活の中でそれぞれ役割（家事等）が持てるように工夫している。</p> <p>■職員に対して、認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう研修を実施している。</p> <p>■基本的な対応、特性に対するケアが標準化（マニュアル化）され実施されている。</p> <p>■リアリティオリエンテーション等、療法を積極的に取り入れ、行動・心理症状（BPSD）の緩和、改善に努めている。</p> <p>■認知症高齢者に関する基礎的理解を深めるための取組が行われている。</p> <p>■利用者の生活歴、家族歴、入所に至る経緯、入所後の状況等を考慮し、基本的な対応、特性に対するケア、さらに個別性を把握したうえでの適したケアを行うように努力、工夫している。</p>
a)	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	○		<p>認知症のマニュアルあり、職員に提示。（認知症ケアマニュアルあり） 入所時、利用者の生活歴（暮らしの情報）や嗜好等を聴き取り、ケアに活かしている。</p> <p>状態が不安定な利用者に関しては24時間多職種で観察を行い、記録しケース会議を行っている。 (利用者個人記録等)</p>
b)	認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。			<p>認知症の診断が必要な場合はご家族に相談し、専門医（産業医科大学病院神経内科病院神経内科病院）に受診し、疾患や状態を理解した上で、ケアを実施している。 (利用者個人記録等)</p> <p>リアリティオリエンテーションについては、日々の体操やレクレーション時に日時や天気、場所等の問い合わせを行い実施している。また介護技術としては、ユマニチュードやバリデーションケアを勉強し、対応している。</p>
c)	認知症の状態に配慮したケアを行っていない。			研修に関しても施設内研修や、部署別のキャリアUP研修、また認知症委員会があり、事例の検討も行っている。（研修報告書・委員会記録）

【A-1-(7) 医療依存度の高い利用者への対応】

A-1-(7)-①	医療依存度の高い利用者も受け入れ、医療と連携する等適切な対応を行っている。	58	<ul style="list-style-type: none"> ■医療依存度の高い利用者（例：経管栄養、酸素療法、カテーテル、気管切開、インシュリン注射等を要する者。以下同じ）も受け入れており、メディカルスタッフが参加して定期的にカンファレンスを行っている。 ■医療依存度の高い利用者も受け入れており、当該利用者に関する対応マニュアルが整備されている。 	<p>喀痰吸引等研修を受けて資格を持った介護職員の配置（26名）、事業所としても県に事業所登録を行い、医療依存度が高い利用者（経管栄養、在宅酸素、吸引、バルンカテーテル管理）のご利用者も受け入れている。</p> <p>介護職員にも医療的ケアをする以前に身体の仕組みを指導し、胃ろうにならないように、痰を吸引せずに済むように日常のケアの改善を図り実施している。</p>
a)	医療依存度の高い利用者も受け入れ、適切な対応を行っている。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■医療依存度の高い利用者も受け入れており、医療記録と介護記録のお互いの内容を把握できる体制が構築されている。 ■医療依存度の高い入所希望者も受け入れる努力・工夫を行っている。 ■利用者の特性、利用者の病態、基礎疾患、医療機器の取扱い方法等、医療依存度の高い利用者を受け入れる上での基本的な知識を習得できる体制が整っている。 	<p>マニュアルの整備を行い提示している。 (医療マニュアル)</p> <p>介護と医療の記録は、ケアプランも共同に行い（ケアマネ・担当介護職員・担当看護師）、個人記録に日々の観察を行い記録している。</p> <p>医療的研修の計画、実施している。 (研修記録)</p>
b)	医療依存度の高い利用者の受け入れに配慮しているが、十分ではない。			
c)	医療依存度の高い利用者に対して、特に配慮は行っていない。			

【A-1-(8) 健康管理、衛生管理】

A-1-(8)-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	59	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくための工夫をしている。 ■利用者の体調変化に気付いた場合の対応手順、医師・医療機関との連携体制を確立している。 ■職員に対して、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。 ■体調変化時の対応について研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 ■利用者ごとに看護・介護職員が適切に服薬管理または服薬確認をしている。 ■健康状態の記録を行っている。 ■バイタルチェックを計画的、定期的に行い、記録している。 ■血圧や体重の測定頻度は一律ではなく、個々の利用者の身体状況に応じて定めている。 ■各利用者の健康管理データの一元化がなされている。 ■定期的に健康診断が行われており、健康に関する利用者、家族からの相談に応じる体制が整っている。 ■利用者の既往歴、現病歴、服薬状況、現在の健康状態、病院受診の状況等、健康管理に必要な情報がスタッフ間で共有されている。 ■必要な時に適切な医療が受けられる体制が整っている。 	<p>毎日、看護師により健康チェック実施。利用者の状態に応じたバイタルサインや一般状態の観察を行っている。</p> <p>介護職員には、状態の変化をその都度看護師に報告してもらい、引継ぎも必ず一緒に状態の確認を行っている。（段取り表を利用し情報の見える化を行っている）</p> <p>夜間はオンコール体制で、介護職員から看護師への相談はいつでも出来るように連携している。</p> <p>嘱託医は週に2回、往診有。通常は2週間に1回、状態によっては1週間に2回等決めて診察をしており看護師と連携して健康管理を行っている。</p> <p>協力医も、整形外科、眼科、歯科等定めて往診をお願いし、連携を行っており、利用者別に緊急の希望の入院先も決めている。 (事業計画書、入所時の医療説明用紙)</p> <p>健康管理について（医療について）の研修も計画し実施。 (研修報告書)</p> <p>服薬管理についてもマニュアル化し、薬の管理については、それぞれの医療ファイルに薬の内容は定時。服薬確認を実施している。 (服薬マニュアル、個人医療ファイル)</p> <p>毎日の健康状態は、バイタルチェック表と個人記録に記入。</p> <p>血液検査等、主治医が実施、データーは医療ファイルへ保存している。</p> <p>年に1回は健康診断を行い、健康管理についての家族からの相談も行っている。 (個人健康管理票、医療説明用紙)</p> <p>ご利用者の状態はその都度ご家族に報告し、必要時に希望の病院にも受診できる体制にしている。</p>
a)	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立している。	○		
b)	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順はあるが、十分ではない。			
c)	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立していない。			

A-1-(8)-②	服薬の誤りがないよう対策を講じている。	60	<p>■誤薬がないような複数職員によるチェック体制等の仕組をつくっている。</p> <p>■服薬内容・方法が個人別に記載され、関係職員に共有されるための具体策が講じられている。</p> <p>■薬は、利用者ごとに、服薬回数別に仕分けして管理している。</p> <p>■利用者ごとに服薬内容（外用薬を含む）、服薬に関する注意事項等が記録等で管理され、誤薬がないような収納、保管に工夫している。</p>	<p>誤薬がないような複数職員によるチェック体制になっており、マニュアル化している。指さし、声だし確認の徹底。 服用後の薬包紙は、ひとまとめに一日取つており、確認できるようにしている。 (服薬マニュアル)</p> <p>服薬内容は、医療ファイルに記載。内容や薬の内服回数も薬局からの薬の情報(注意事項も含む)も提示。またお薬手帳の管理も行っている。 (医療ファイル、お薬手帳)</p> <p>利用者別に薬の保管を行い、内服の内容も色分で実施。</p> <p>利用者の体調の変化に関しては、薬の副作用も念頭に置き、医師とも連携し、ご利用者の状態にあわせて、提供している。</p>
b)	服薬の誤りがないよう対策を講じているが、十分ではない。	○		
c)	誤薬に関して、特に配慮は行っていない。			
A-1-(8)-③	感染症対策を適切に行っている（結核、インフルエンザ、疥癬等）。	61	<p>■感染症に対する予防対策、発生した場合の対応方法が確立されている。</p> <p>■職員の健康状態についてチェックし、インフルエンザ等の体調の変化を日常的に把握できる仕組がある。</p> <p>■職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法が文書化されている。</p> <p>■職員に対して、インフルエンザ等必要な予防接種について、費用負担を支援し受けさせている。</p> <p>■感染症の発生予防・対応方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。</p> <p>■必要な手洗い器・消毒薬等の設備機器等が設置されている。</p> <p>■家族、来館者への手洗いや手指消毒等の呼びかけをしている。</p> <p>■早期発見、医療機関、保健所との連絡体制がとれている。</p> <p>■罹患者のプライバシー保護に努めている。</p> <p>■感染症発生時、利用者、家族への配慮が適切に行われている。</p>	<p>感染症に対してのマニュアルを提示。発生時の対応方法も記載している。 日常的には、看護師が介護職員や他の職種と連携し健康管理を実施。</p> <p>職員や職員の家族がインフルエンザになった場合の対応方法もマニュアル化しており、衛生管理者と産業医（嘱託医）と連携し対応行っている。</p> <p>感染症についての施設内研修や事業所別研修の実施。職員に感染症対応についても指導し、周知徹底行っている。 また、感染予防委員会での勉強会や、その都度起りうる感染症についての情報を提示。 手指消毒薬の配置や、各居室の洗面所で手洗いがその都度出来やすいように環境を整えている。</p> <p>家族には、面会時の手洗いやマスクの着用等ポスターや声掛け等で感染予防の協力を得ている。</p> <p>感染症と思われる場合、嘱託医に速やかに報告し、対応。必要時は、医療機関に受診。感染症の状況によっては、保健所や介護保険課などに報告相談を行っている。</p> <p>感染症が発生した場合、拡大しない様な環境の整備。家族にはその都度報告し対応している。</p>
a)	感染症対策のマニュアルが整備され、予防・対応体制を整備している。	○		
b)	感染症対策に配慮している。			
c)	感染症対策に関して、特に配慮は行っていない。			

A-1-(8)-④	食中毒予防対策を適切に行ってい る。	62	<ul style="list-style-type: none"> ■食中毒に対する予防対策、発生した場合の対応方法が確立されている。 	
a)	食中毒予防対策のマニュアルが整備され、予防・対応体制を整備している。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■食中毒の発生予防・対応方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 ■必要な手洗い器・消毒薬等の設備機器等が設置されている。 ■家族、来館者への手洗いや手指消毒等の呼びかけをしている。 ■職員に対する研修が行われ、衛生管理マニュアルや事故発生時の対策マニュアルが明文化されている。 ■保存食及び原材料は、一定期間適切な方法で保管されている。 ■食器、調理器具類の洗浄、消毒等の衛生管理に努めている。 ■調理関係者の換便を適切に実施している。 ■調理室、食品庫等の環境整備、調理業務中の衛生管理が適切に行われている。 ■定期的に害虫駆除、点検が行われており、異常を認めた際は速やかに対処している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食中毒対策マニュアルや衛生管理マニュアルを作成し、会議の場において注意喚起など行い発生時の対応を職員に周知している。厨房職員が感染の媒体とならないよう毎月の検便の提出や毎日出勤時に体調点検を行い、健康上問題がある際には調理に従事させないなど対策を行っている。 ・家族や来館者へ、ポスター掲示や声かけによる手洗いやマスク着用の呼びかけを実施している。 ・毎食時、調理前の食材と調理後の食品の保存食を取り、事故発生時の原因究明ができるよう保管している。 ・毎月、ゴミ集積所・厨房・食堂の害虫駆除を実施し、衛生管理に努めている。
b)	食中毒予防対策に配慮している。			
c)	食中毒予防対策に関して、特に配慮は行ってい ない。			

【A-1-(9) 利用者に対する機能訓練又は生活の活性化（アクティビティケア）の実施】

A-1-(9)-①	個別プログラムを作成し、計画的 的な機能訓練又は、アクティビ ティケアを実施している。	63	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者が主体的に訓練を行えるように工夫をしている。 ■利用者の状況に応じて、専門職（理学療法士、作業療法士等）の助言・指導を受けている。 ※ここで「等」は、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ師、看護師を示す。 ■判断能力の低下や認知症の症状の変化を早期発見し、医師・医療機関との連携など必要な対応を行っている。 ■機能訓練又はアクティビティケアのプログラムが個人の心身の状況に応じて作成され、実施、評価・見直しをしている。 	利用者の状態にあわせたりハビリやアクティビティの検討実施を行っており、ケアプラン、リハビリテーション実施計画書に基づいて、作業療法士が定期的に実施している。利用者の出来ることに着目した援助をしている。 毎月、整形外科Drの往診あり、利用者に対してのリハビリ相談を実施している。（座位、歩行、立位状態、可動域等をみて訓練内容を決定）
a)	個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練又 は、アクティビティケアを実施している。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■個別プログラムの作成及び見直しにあたっては、関係担当職員間で協議している。 ■機能訓練又はアクティビティケアの成果を評価した結果を次のプログラムに反映させている。 ■利用者の身体機能及び精神状態の低下を予防するため、介護予防及び自立した生活を目的としたプログラムを作成し、定期的に実施している。 ■機能訓練を担当する職員が配置され、実施状況が記録されている。 ■機能訓練又は、アクティビティケアは利用者の意向を反映したプログラムになっている。 	実施状況は、個別リハビリ実施記録表に実施時間と実施した職員の名前を記入し、具体的な内容や様子は個人記録へ記録し、次回のケアプランやリハビリテーション実施計画書の作成に繋がるように意識し実施している。 余暇活動などの体操やレクレーションに関しては、余暇活動実施表を作成して記録し、個人記録に様子なども記入している。
b)	個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練又 は、アクティビティケアを実施しているが、十分 ではない。			
c)	計画的な機能訓練又は、アクティビティケアに關 して、特に配慮は行っていない。			午前、午後と各ご利用者の身体状況に合わせて臥床時間を設け、生活のメリハリをつけてリハビリを実施している。

A-1-(9)-②	機能訓練室以外の場所でも日常生活動作向上について計画的に行っている。	64	<p>■日々の生活動作の中で意図的な機能訓練を行っている。</p> <p>■日常生活の中での機能訓練についての課題や方法を、個別ケア計画に明示している。</p> <p>■日々のアクティビティ（レクリエーション、行事を含む）が計画・実施されている。</p> <p>■機能訓練やアクティビティケアが全職種の共通認識とされるよう具体策を講じている。</p> <p>■ベッドサイドでの訓練も実施している。</p> <p>■機能訓練やアクティビティケアの計画、実効果が適切に評価され、廃用性症候群防止、日常生活動作の機能向上を図る取組が行われている。</p>	個別に専門性が必要なご利用者に対しては、手順や方法などケア表を作成して共有できるようにしている。また、ベッドサイドでのリハビリは、どの職種の職員がみてもわかるよう必要に応じてポイントを明確にして観覧できるようにしている。 アクティビティに関しては、年間で行事を計画し、月の担当を決め実施している。リハビリ委員会の開催を行い、リハビリに関しての取り組み等話し合い実施している。 <生活リハビリの内容> ・ベッドでの端座位保持訓練 起きる時にベッドで座位になり、自分で保持ができるように訓練する。 ご利用者の身体機能に合わせて、支えが必要なかったり、支えが必要であったりする。 ・移乗時の起立・立位保持訓練 ベッドやトイレに移る時に、数を数えて立位保持をして訓練する。 利用者によっては、金魚のえさ当番や、エプロンたたみ、食事の下膳の手伝い、テーブル拭き等役割として行っている。
A-1-(9)-③	褥瘡の発生予防・寝たきり防止・離床のための取組を適切に実施している。	65	<p>■皮膚の状態確認、清潔の確保の方法など、褥瘡の予防について、標準的な実施方法を確立している。</p> <p>■利用者の心身の状況に応じた体位変換や姿勢の変換を行っている。</p> <p>■必要に応じ、マッサージの実施、軟膏等の塗布を行っている。</p> <p>■傷や皮下組織のズレがおきないよう安全に介助している。</p> <p>■標準的な実施方法について職員に周知徹底するため、研修や個別の指導等の方策を講じている。</p> <p>■褥瘡を食事面から予防するために、利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、栄養管理を行っている。</p> <p>■生活リズムをつくるため、どうしても困難な利用者以外は、日中は寝間着から着替えている。</p> <p>■どうしても困難な利用者以外は、食事はベッドから離れて食堂やリビングでとっている。</p> <p>■離床のための介護用品の選定、福祉用具の使用、介護方法の検討等利用者の心身の状況に合わせた無理のないケアを行っている。</p>	褥瘡予防委員会の設置、ご利用者の皮膚の状態や処置等の報告、介助方法の確立を行っている。 多方向から、褥瘡がなぜ発生しているか問題点を抽出し、栄養面においては栄養士、介護方法での改善については介護職員、医療的なケアは看護師が嘱託医や整形外科の協力医と連携のもと行っている。 嘱託医に血液検査（アルブミン値）を依頼し、状態によっては食事の提供方法や提供内容を変更し、実施している。 皮膚の状態確認、清潔の確保の方法など、褥瘡の予防について、マニュアル化している。（褥瘡予防マニュアル）
a)	褥瘡の発生予防・寝たきり防止・離床のための取組を適切に実施している。	○		利用者の体位変換や姿勢管理を提示し、実施し記録をしている。 (体位変換表等)
b)	褥瘡の発生予防・寝たきり防止・離床のための取組に配慮しているが、十分ではない。			傷や皮下組織のズレがおきないように、ケアする時に留意し、グローブ等の福祉用具の使用も行っている。
c)	褥瘡の発生予防・寝たきり防止・離床のための取組に関して、特に配慮は行っていない。			

A-1-(9)-④	利用者の身体状況に応じて福祉用具等を適切に提供している。	66	<ul style="list-style-type: none"> ■使用している福祉用具が、利用者の心身の状況に合っているかを確認している。 ■福祉用具に不備がないか等の点検を常時行っている。 ■車イスや杖などを利用する場合に、移動しやすい環境整備を行っている。 ■利用者の心身の状況に合わせた福祉機器、福祉用具を準備している。 ■車イス等は、利用者に対応できるよう、複数種類を用意している。 ■福祉用具の利用にあたっては、本人に使い方をわかりやすく説明している。 ■福祉用具の利用開始後、本人の自立に役立っているかが評価されている。 ■福祉用具は利用者の心身の状況に合わせて独自に開発したり、使い勝手に合わせて備品を取り替える等の工夫をしている。 ■福祉用具の使用方法、注意点、効果等を熟知しており、また実際に使用するにあたっては、多種多様なものの中から、利用者の目的にかなったものを利用者の意向を踏まえて検討している。 	<p>利用者の24時間を通しての姿勢管理を考え、二次障害（痴呆症候群など）の予防に積極的に取り組んでいる。</p> <p>福祉用具の使用となっても、ご利用者の潜在能力が引き出せるよう作業療法士が個々の介護職員にポイントを含めて伝達している。</p> <p>リフトなど必要なご利用者に関しては、事前に職員同士で練習やシミュレーションをしてリスク管理などをふまえて実施している。</p> <p>車椅子など身体機能に合わせてその都度、検討して変更し対応している。</p> <p>福祉用具使用の外部研修に参加したり、リハビリ委員会にて、福祉用具の使い方などリスクをふまえて勉強会を実施している。</p> <p>利用者の状態を把握し、必要な福祉用具については、買い揃えている。</p>
A-1-(9)-⑤	転倒予防のための取組を実施している。	67	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の個別評価をした上で、適切な筋力トレーニングを実施している。 	<p>歩行は、利用者の身体機能や状況に合わせて歩行器を選定したり、付き添いや見守り、手引きなど安全に歩行ができるように環境整備を含めて、機能訓練を実施している。</p> <p>また、いつもと違つて歩行ペースが速いと判断した時や不安定な時、転倒後など特別な場合の歩行は付き添いなどを実施して転倒予防に努めている。</p>
a)	転倒予防のための取組を実施している。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■手すりを設置する、廊下や居室の床面を滑りにくいものとする等、施設のバリアフリー化を図っている。 	<p>転倒後の骨折に対してのアプローチは作業療法士が個別にリハビリを介入して身体機能の回復に努めている。</p>
b)	転倒予防のための取組を実施しているが、十分ではない。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の身体状況を職員が把握し、転倒防止に向けての具体策が個別に講じられており、日常生活においても見守りを行っている。 ■利用者自身にも転倒防止に関する啓発活動が行われている。 	<p>特に歩行する利用者は、福祉用具メーカー協力のもと歩行しやすい靴の選定をして、家族へ協力依頼している。</p>
c)	転倒予防に関して、特に配慮は行っていない。			<p>視覚障害などの全盲の利用者に対して、自分で安全に移動ができるように、壁に目印を設置するなどの工夫を行っている。</p>

【A-1-(10) 利用者の希望、要望の尊重】			
A-1-(10)-①	主体的な生活や余暇活動を保障している。	68	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者一人ひとりの暮らしの意向を理解し、利用者は一人ひとりに応じた生活になるよう支援を行っている。 ■サービス提供場面において、自立に配慮した援助を行っている。 ■自立、活動参加への動機づけを行っている。 ■趣味活動、嗜好品等、生活に楽しみがあるような工夫をしている。 ■利用者の趣味、興味、希望を把握し、活動に反映するとともに複数メニューを用意している。 ■利用者の心身の状況を考慮し、利用者一人ひとりに配慮して日中活動に参加できるよう工夫している。 ■家族、ボランティアや地域住民の参加を得ることなどにより、活動の多彩化を図っている。 ■各利用者が希望により、身体状況に応じた活動を行っている。
a)	主体的な生活や余暇活動を保障している。	○	<ul style="list-style-type: none"> □行事やイベントの計画づくりに利用者が参加している。 ■各利用者に個別に外出する機会を確保している。 ■利用者の趣味、生きがいを施設の活動に反映させるための情報収集が行われ、企画、実践されている。
b)	主体的な生活や余暇活動を保障するよう努力・工夫している。		
c)	主体的な生活や余暇活動に関して、特に配慮は行っていない。		
A-1-(10)-②	利用者のライフスタイルを保障している。	69	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者一人ひとりに応じた生活となっているかを検討し、改善する取組が組織的に継続して行われている。 ■買い物、外出、地域の行事への参加など社会参加に係るプログラムを導入している。 ■個人用テレビが設置できる。 ■新聞や雑誌は希望があれば個人購読できる。 ■髪型や服装を、利用者が自分好みで選択できる。 ■公衆電話は利用者がいつでも使えるよう適切な場所に設置されている。 ■利用者のライフスタイルを尊重できるよう居室の家具や飾りつけ等身の回りの生活環境を自由に整えられる。
a)	利用者のニーズに応じた選択の自由を保障している。	○	<p>ケアプランの作成時や見直し時に定期的に検討、必要であれば改善点をケアプランに反映。また、臨時にフロア会議等にて検討する場合がある。</p> <p>買い物、外出について希望する利用者についてはケアプランに立案し実施。</p> <p>居室床頭台に置く事のできるサイズのテレビであれば、個人用テレビ設置できる。</p> <p>個人希望にて新聞購読している。</p> <p>髪型は個別の意向を一覧表にし、理髪業者や職員へ提示している。服装に関しては利用者自身で選択できる方には自分で選択してもらっている。（理髪台帳・個人記録）</p> <p>公衆電話ではないが、利用者も使用できる電話を特養ホールへ設置している。</p> <p>他利用者の迷惑にならない範囲で個人の家具の持ち込みや愛着のある物や写真を飾っている。</p>
b)	利用者のニーズに応じた選択の自由に配慮しているが、十分ではない。		
c)	利用者の希望、要望に関して、特に配慮は行っていない。		

A-1-(10)-③	預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理している。	70		<ul style="list-style-type: none"> ■預かり金は利用者の希望に応じて、柔軟にいつでも出し入れができる。 ■預かり金の金額は、各利用者の希望や必要性に沿っている。 <p>■定期的（年4回以上）に出納状況を書面で報告しており、利用者からの要望に応じて、随時対応ができる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・苑での預かり金が必要な利用者については、必要時に金銭の出し入れの援助を行っている。 ・預かり金管理規定に則って管理をおこなっている。 ・預かり金台帳を作成し、3ヶ月に1度、家族に確認して頂き確認印をもらっている。 <p>→現在は該当者なし。</p>
a) 預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理している。		○			
b) 預かり金は、利用者の希望に沿った管理に配慮しているが、十分ではない。					
c) 預かり金に関して、特に配慮は行っていない。					
A-1-(10)-④	自由な生活が送れるよう配慮している。	71		<ul style="list-style-type: none"> ■食事、排せつ、入浴について、本人の意思を尊重し、できる限り食堂、トイレ、風呂等に移動して行えるようにしている。 ■生活のメリハリづけ等のため、着がえ・整容等を適時行っている。 ■利用者の体力や身体状況にあった離床時間となるように援助している。 ■起床、就寝時間に拘束されていない。 ■クラブ活動や行事は利用者の希望を取り入れ、参加は強制されない。 ■利用者の心身の状況を把握し、危険の予測、安全対策を講じたうえで、利用者の意向に合わせた自由な生活が送れるよう配慮している。 	食事、排せつ、入浴については大まかな提供日時、場所（食堂、トイレ、風呂等）を定めているが、その時の利用者の心身の状況や希望に合わせ対応している。（個人記録、ケアプラン） 生活のメリハリをつけるため、着がえ・整容等を適時行っている。（ケアプラン） 利用者の体力や身体状況にあわせ離床行っている。（個人記録、ケアプラン） クラブ活動や行事はポスターや行事予定表等にて掲示したり、個別に声掛けをするなどし周知するが、参加の有無は利用者の希望を尊重している。（余暇活動などの体操やレクリエーションに関しては、余暇活動実施表を作成して記録し、個人記録に様子などを記入） 余暇活動は利用者の希望に合わせ、習字、塗り絵、生け花、陶芸、大正琴、小グループによるゲーム、ボランティアによる音楽レクリエーションなどを実施している。 利用者の心身の状況を把握し、危険の予測、安全対策を講じたうえで、利用者の意向に合わせた自由な生活が送れるようケアプランなどに立案し対応している（ケアプラン）
a) 自由な生活が送れるよう配慮している。		○			
b) 自由な生活が送れるよう配慮し、努力・工夫をしている。					
c) 自由な生活に関して、特に配慮は行っていない。					
A-1-(10)-⑤	生活の継続性がある、馴染みのある暮らしができるよう配慮している。	72		<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の心身の状況、A D L、睡眠・食事・排せつ・暮らしの意向、これまでの環境（物的・人的）、生活習慣等の把握をしている。 ■思い出のある品物、使い慣れた身の回りの品物、馴染みのある品物を持ち込むことができる。 ■集団処遇でなく、少人数のグループケアを取り入れている。 ■利用者の心身の状況に合わせ、各利用者の特性、得意不得意、交友関係等を把握したうえで、生活の継続性、馴染みのある暮らしができるよう配慮している。 	利用者の心身の状況、A D L、睡眠・食事・排せつ・暮らしの意向、これまでの環境（物的・人的）、生活習慣等の把握についてはフェイスシート・個人記録・食事水分チェック表・排泄チェック表・ケアチェック表・施設サービス計画書1・2、暮らしの情報にて把握。 思い出のある品物、使い慣れた身の回りの品物、馴染みのある品物を持ち込みについては、同室者の迷惑にならない物であれば持ち込み可能であり、利用者の希望を職員が家族に伝え提供してもらう場合がある。（寝具、絵画、家族写真、食器、人形等） 74床を3つのグループに分け、グループケア実施している。 利用者の心身の状況に合わせ、各利用者の特性、得意不得意、交友関係等を把握し配慮している（個人記録）
a) 生活の継続性がある、馴染みのある暮らしができるよう配慮している。		○			
b) 生活の継続性がある、馴染みのある暮らしができるよう配慮しているが、十分ではない。					
c) むらしに関して、特に配慮は行っていない。					

A-2 家族との交流の確保

【A-2-(1) 利用者と家族との交流、家族との連携確保】			
項目	評価	評価の着眼点	特記事項（評価の根拠）
A-2-(1)-① 利用者と家族との交流の機会を配慮している。	73	<ul style="list-style-type: none"> ■家族・知人の面会等の場が用意されている。 ■家族の面会しやすい雰囲気、スペースが確保されている。 ■家族の面会時間は原則制限をしていない。 ■行事等に家族の参加を呼びかけている。 ■家族が参加・協力する行事を定期的に開催している。 ■外出や外泊の支援をしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・面会は食堂ホール、居室、西側ユニットホール、新館三階ホールなど自由に使用してもらっている。 ・6月の創立記念行事、8月の納涼際には全家族に参加を呼びかけ6~7割の家族が参加している。 ・その他の行事においても（敬老会、お花見等）対象の利用者の家族に参加を呼びかけている。 ・外出、外泊時希望があれば送迎援助を行っている。
a) 利用者と家族との交流の機会を積極的に配慮している。	<input type="radio"/>		
b) 利用者と家族との交流の機会を配慮しているが、十分ではない。			
c) 利用者と家族との交流に関して、特に配慮は行っていない。			
A-2-(1)-② 利用者家族との連携を適切に図っている。	74	<ul style="list-style-type: none"> ■家族に対し、定期的および変化があった時に利用者の状況を報告している。 ■家族に対し、サービスの説明をしたり要望を聞く機会を設けている。 ■家族との相談を定期的および必要時に行っている。また、その内容を記録している。 ■家族との面会時には、利用者の近況を報告している。 ■行事等について家族に日程等を案内し、参加できるようにしている。 ■利用者や施設の様子を機関紙、広報誌や手紙、電話等で知らせている。 ■家族懇談会、個別面談の機会を設けている。 	<ul style="list-style-type: none"> 家族に対し、定期的および変化があった時に利用者の状況をその都度報告。 家族に対し、サービスの説明をしたり要望を聞く機会を設けている。 家族との相談を定期的および必要時に行っている。また、その内容を個人記録等に記録している。 家族との面会時には、利用者の近況を介護や看護師、生活相談員から報告している。 行事等について家族に日程等を案内し、参加できるようにしている。 利用者や施設の様子を（近況のお知らせ）お手紙で発送。また、必要時電話等で知らせている。 家族会を年に1~2回設けている。
a) 利用者家族との連携を適切に図っている。	<input type="radio"/>		
b) 利用者家族との連携を図っているが、十分ではない。			
c) 利用者家族との連携に関して、特に配慮は行っていない。			

A-3 利用者的人権の擁護

【A-3-(1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止】			
項目	評価	評価の着眼点	特記事項（評価の根拠）
A-3-(1)-① 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	75	<ul style="list-style-type: none"> ■身体拘束禁止に関するマニュアルを作成し、全職員へ周知するための具体策を講じている。 ■身体拘束廃止に向けた委員会を立ち上げ、定期的に拘束等の状況について確認し、対応策を講じている。 ■利用者とその家族に対して、身体拘束廃止に向けて積極的に説明し、了解を得ている。 ■緊急やむを得ない場合の対応方針について明文化している。 <p>□身体拘束の対象となる状況が発生した場合、本人・家族へ説明し、同意を得た上で、緊急やむを得ない場合の対応方針に沿った対応を行っている。また、一連の行為について記録が適切になされている。</p>	<p>身体拘束防止マニュアルを作成し、身体拘束となる具体的行為や身体拘束がもたらす弊害や身体拘束をしない具体的工夫などを新人職員には入り口の段階で研修をおこなっている。</p> <p>全職員については、年2回、苑内研修会を開催し身体拘束防止について職員間で意識を高める指導をしている。苑外研修にも参加をしている。</p> <p>本人、家族には入所契約時に、身体拘束防止について十分に説明をおこない、了承を得ている。</p> <p>家族会などで、身体拘束となる具体的行為や身体拘束がもたらす弊害や緊急やむを得ない場合の説明を十分に行い理解して頂いている。</p> <p>→該当なし。</p>
a) 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	<input type="radio"/>		
b) 身体拘束の廃止について対応策を講じているが、十分ではない。			
c) 身体拘束の廃止に関して、特に対応は行っていない。			

A-3-(1)-②	利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	76	
a) 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	○	<p>■不適切な行為が行われないよう守るべき規範・倫理等を明文化したものを、全職員へ周知するための具体策が講じられている。</p> <p>■職員の意識啓発のため、定期的に人権擁護に係る研修等を実施している。</p>	<p>倫理規定にて明文化し年に1回、法令遵守、倫理規定の研修会をおこなっている。</p> <p>虐待防止の研修会を年に2回開催し勉強会をおこなっている。</p> <p>職員に対し、虐待チェックリストを配布し自己評価をおこなっている。</p> <p>家族会で、不適切な介護などを見つけた際や心配に思った事などは、遠慮せずに相談して頂くよう説明している。また、施設に対し意見などを聞いている。</p>
b) 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための対策を講じているが、十分ではない。		<p>□不適切な行為が行われないよう、職員の相互チェックやストレスへの対応の仕組を設けている。</p> <p>■不適切な行為、言動等利用者、家族が職員に対し、不審な行為として受け止めた際の相談窓口が設置されている。あるいは、利用者、家族の意見を聞く機会を設けている。</p>	
c) 虐待に関して、特に対応は行っていない。			
A-3-(1)-③	必要な利用者には成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用情報の提供等支援を行っている。	77	
a) 必要な利用者には成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用情報の提供等の支援を行っている。	○	<p>■成年後見制度等の利用に備え、家族や利用者に対して積極的に制度について情報提供している。</p> <p>■成年後見制度等の利用に備え、制度について情報提供している。</p>	<p>・施設入所申し込み時や、入所説明時に成年後見制度、権利擁護、日常生活自立支援事業などの制度の説明をおこなっている。</p> <p>・誰もが、制度を利用しやすいよう玄関にパンフレットを設置し情報を提供している。</p> <p>・独居生活や見寄りのない方の相談を受けた際にはケアマネに繋げ、必要時は成年後見制度の活用する支援をおこなっている。</p> <p>・入所者の内、実際にウエル戸畠 権利擁護「らいと」を活用し金銭管理をおこなってもらっている。</p>
b) 必要な利用者には成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用情報の提供等の支援を行っているが、十分ではない。		<p>■成年後見制度等の利用について個別に相談に応じるとともに、必要に応じて利用手続の支援を行っている。</p> <p>■成年後見制度等について、実際の利用につなげるための外部関係機関との連携体制がとられている。</p>	
c) 成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用支援に関して、特に対応は行っていない。			

【A-3-(2) 生きがいのある生活】

A-3-(2)-①	孤立、退屈、無気力にならない配慮をしている。	78	
a) 孤立、退屈、無気力にならない配慮をしている。	○	<p>■一日の生活の中で利用者が孤立していたりしないか配慮している。</p> <p>■一日の生活が退屈にならないか、職員が一人ひとりのコミュニケーションに努めている。</p> <p>■一日の生活が潤いあるためにペット（犬、小鳥）が飼える場合には、可能となるよう配慮されている。</p>	<p>利用者同士の相性などを考慮し、孤立しないよう食事席等の配慮するなどしている。</p> <p>職員が利用者の話を傾聴したり、一緒にエプロンをたんぱりなどの作業を行ったりしている。</p> <p>金魚を飼育して、利用者に餌やりなど職員と一緒に行っている。</p> <p>クラブ活動や行事はポスターや行事予定表等にて掲示したり、個別に声掛けをするなどし周知し、意向を確認している。参加の有無は利用者の希望を尊重している。（余暇活動などの体操やレクレーションに関しては、余暇活動実施表を作成し記録している。（個人記録には、様子なども記入している）</p> <p>年に数回、地域の公園への花見ドライブやコンサートなどのイベントに参加している。（行事計画書）</p>
b) 孤立、退屈、無気力にならない配慮をしているが、十分ではない。		<p>■利用者には、施設行事、クラブ活動等に関する情報を提供し、参加に対する意向を確認している。</p>	
c) 孤立、退屈、無気力にならないための配慮は、特にやっていない。		<p>■必要に応じて、地域の社会資源の活用や地域のイベントに参加できるような取組がなされている。</p>	

A-3-(2)-②	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	79	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の考え方や希望を十分聞き取れるよう、さまざまな機会、方法でコミュニケーションを行っている。 ■利用者の思いや希望を聞き取ったり読み取ったりして、その内容をケアに生かしている。 ■日常生活で援助を行う際に、コミュニケーションの重要性を確認し、話しかけている。 ■話すことや意思表示が困難など特に配慮が必要な人には、個別の方法で行っている。 	日常的にも、ご利用者とのコミュニケーションを図り、信頼関係を深めている。利用者とのコミュニケーションで聞き取った事（考え方や希望など）は個人記録に記載。特に配慮が必要な人にはケアプランにコミュニケーションをとる場合の留意点や方法を記載している。
a)	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	○		ユニット会議の際などに言葉遣いについて資料を用い職員へ指導している。また、法人内研修においても接遇に関する研修を実施。苑外でのマナーや接遇等の研修へ職員が参加。会話の不足しがちな利用者にはケアプランにて立案し会話を引き出すよう努めている。
b)	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っているが十分ではない。		<ul style="list-style-type: none"> ■利用者への言葉づかいに対する配慮や節度ある接し方がなされている。とくに自尊心を傷つけるような言葉づかい、幼児語の使用、指示的な言葉を慎んでいる。 ■利用者への言葉づかいや接遇に関する、継続的な検討や研修を実施している。 	意思表示が困難な利用者は、筆談やコミュニケーションボードを使用し、個別の対応を行なっている。
c)	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っていない。		<ul style="list-style-type: none"> ■会話の不足している利用者には特に気を配り、日常生活の各場面でも話をしてもらえるようにしている。 ■利用者が話したいことを話せる機会を作っている。 	

【A-3-(3) その他】

A-3-(3)-①	自己評価を実施している。	80		
a)	自己評価を実施し公開している。	○	<ul style="list-style-type: none"> ■県などが作成した自己評価基準に従い、定期的に自己評価を実施している。 ■評価内容について利用者、家族から開示を求められた場合、公開・説明をしている。 	施設独自の自己評価表を作成し年に1度評価し、次年度に向けた取り組みをおこなっている。
b)	自己評価を実施しているが、公開はしていない。		<ul style="list-style-type: none"> □評価内容について地域に対して広く情報提供をするため、各種の公開システム等の広報媒体を使って評価結果の公開を行っている。 	
c)	自己評価を実施していない。			
A-3-(3)-②	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	81	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者が終末期を迎えた場合の対応について手順が明らかになっている。 ■利用者および家族に、終末期を迎えた場合の施設・事業所での対応・ケアについて十分な説明を行い、対応方法・連絡方法を確認している。 ■職員に対して、終末期のケアに関する研修を実施している。 ■終末期のケアに携わる職員や利用者の担当職員等に対して、精神的なケアを実施している。 ■意思・医療機関等との連携体制を確立している。 ■利用者・家族から希望があった場合に、利用者の状況に応じてできる限り施設での看取り介護を行う体制を整えている。 	H16年から当施設では嘱託医と連携し、計69名の看取りケアを当苑で行なっている。 (H27年実績11名) 利用者のその人らしさを大切にした支援について、死だけを考えず生きる為の支援（日々のケアの充実を図る）を実施。 施設長を始め生活相談員、看護師、介護職、管理栄養士等で看取りケア委員会の設置。看取りケアのマニュアル作成しており、隨時更新。 家族を対象に看取りについての理解を深める為、家族会で説明をおこなっている。施設での最期を希望される家族も多い。 職員に対しても、終末期のケアに関する研修を必ず毎年実施し、精神的なケアに努めている。
a)	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	○		
b)	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順があるが、未整備の部分が残っている。			
c)	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順がない。			